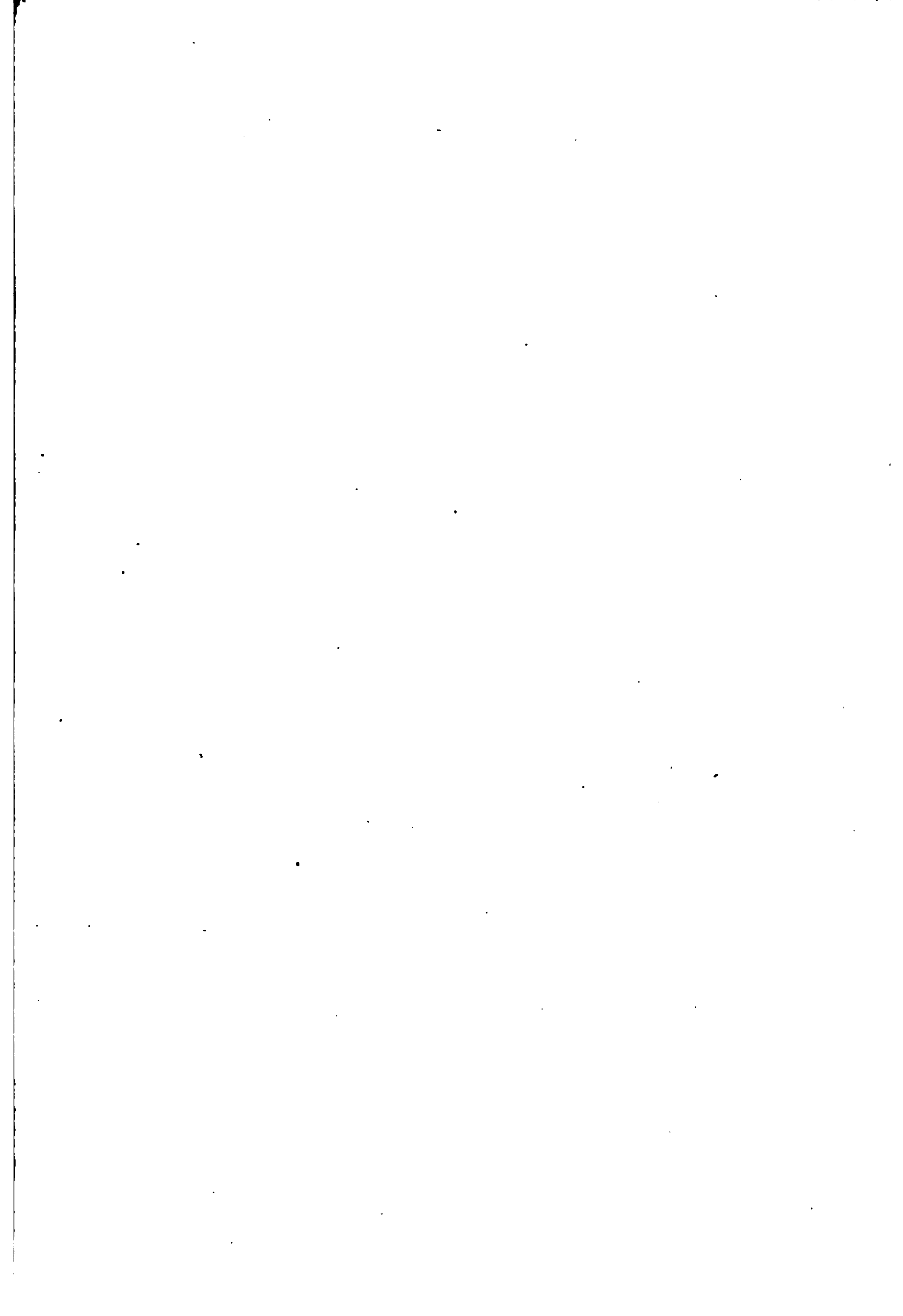
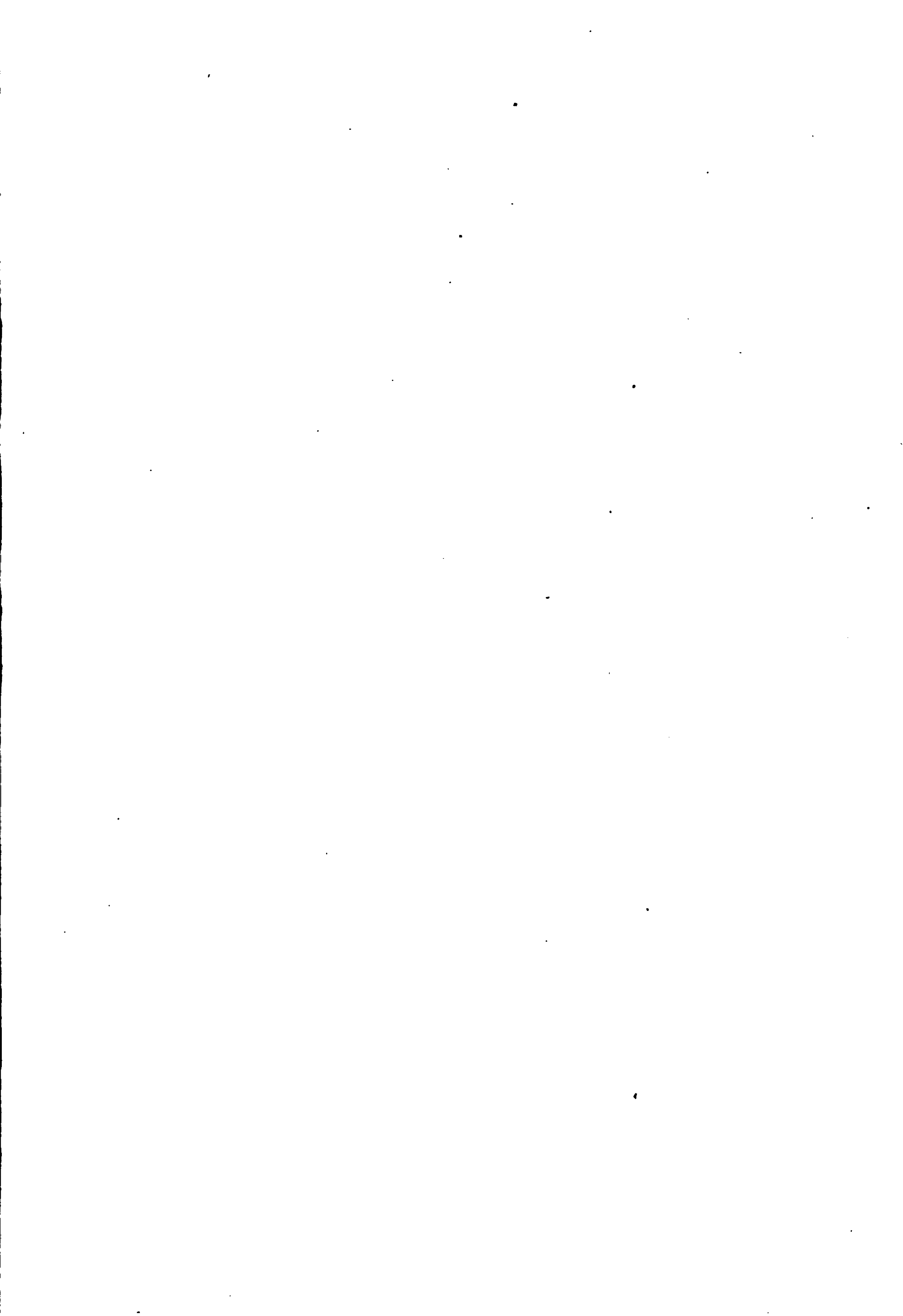




SCHMIDT'S

JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. ADOLF WINTER

REDIGIRT

VON

DR. P. J. MÖBIUS UND DR. H. DIPPE

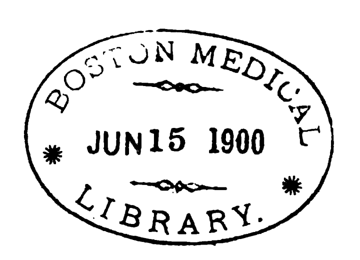
ZU LEIPZIG.

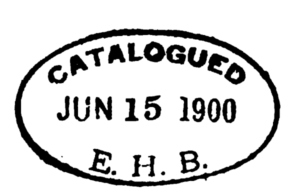
JAHRGANG 1899.

ZWEIHUNDERTDREIUNDSECHZIGSTER BAND.

LEIPZIG, 1899.

VERLAG VON OTTO WIGAND.


BOSTON MEDICAL
JUN 15 1900
LIBRARY.


CATALOGUED
JUN 15 1900
E. H. B.



JAHRBÜCHER der in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 263. 1899. № 1.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

1. **Ein Beitrag zur Kenntniss der in der Seide enthaltenen eiweissartigen Körper**; von G. Wetzel. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 6. p. 535. 1899.)

W. hat das Fibroin (aus Rohseide), den Seidenleim und das Conchiolin (aus den Schalen der Steckmuschel Pinna nobilis) auf das Vorhandensein eines Protaminkernes untersucht, da diese Stoffe als eiweissähnlich gelten. Ein Protaminkern muss nach seinen Ergebnissen in diesen Substanzen angenommen werden, da ihre Zersetzungprodukte mit Säuren durch Phosphorwolframsäure fällbar sind, also basischen Charakter haben. Die Menge der Basen ist im Fibroin sehr gering, etwas grösser, aber auch noch gering, im Seidenleim und im Conchiolin.

Aus den Spaltungprodukten des Fibroins konnte Histidin isolirt werden. V. Lehmann (Berlin).

2. **Ein neuer eiweissartiger Bestandtheil der Milch**; von A. Wróblewski. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 3 u. 4. p. 308. 1898.)

W. weist nach, dass neben den bereits bekannten Eiweisskörpern in der Frauenmilch, Stutenmilch, Kuhmilch ein neuer, von ihm „Opalisin“ genannter Eiweisskörper enthalten ist, der aus der Caseinmutterlauge durch Aussalzen (mit Magnesiumsulphat, Ammoniumsulphat oder Chlornatrium) erhalten werden kann. Am reichlichsten findet sich Opalisin in der Frauenmilch, wo es die Caseinfällung erschwert, am wenigsten in der Kuhmilch. V. Lehmann (Berlin).

3. **Observations on the crystallisation of animal proteids**; by F. Gowland Hopkins and S. N. Pinkus. (Journ. of Physiol. XXIII. 1 u. 2. p. 130. 1898.)

Die Darstellung von krystallisirtem Eiereiweiss ist nach der Hofmeister'schen Methode etwas schwierig, da nur mühsam eine ziemlich geringe Ausbeute an Krystallen erzielt wird.

Nach Hofmeister wird das geschlagene Eiereiweiss mit dem gleichen Volum gesättigter Ammoniumsulphatlösung vermischt, das Filtrat in flachen Schalen bei gewöhnlicher Temperatur verdampft. Die ausgeschiedenen Kügelchen werden in Wasser gelöst und es wird gesättigtes Ammoniumsulphat bis zum geringen Niederschlage hinzugefügt, der durch einige Tropfen Wasser wieder aufgelöst wird. Dieser Process muss mehrmals wiederholt werden, ehe man (nicht immer) eine nennenswerthe Menge von Krystallen erhält.

H. und P. änderten das Verfahren so ab, dass nach dem zweiten Zusatze von Ammoniumsulphat und Auflösung des Niederschlages der Flüssigkeit 10proc. Essigsäure zugesetzt wird und man das Ganze in geschlossenen Gefässen 24 Stunden stehen lässt. Sie erhielten so eine reichliche krystallinische Ausbeute.

Auch bei der Gewinnung von krystallisirtem Serumalbumin (vom Pferdeserum) erwies sich die Abänderung als nützlich. V. Lehmann (Berlin).

4. **Ueber Oxydation von Eiweiss mit Kaliumpermanganat**; von Dr. Richard Bernert. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 3 u. 4. p. 272. 1898.)

Maly hatte bei Behandlung von Eiweiss mit Kaliumpermanganat zwei, als Oxyprotsulphonsäure und Peroxyprotsäure bezeichnete, Substanzen erhalten, die er als oxydirtes, aber nicht gespaltenes Eiweiss auffasste. B. zeigt nun, dass das Kaliumpermanganat auf Eiweiss spaltend einwirkt. Neben der sogenannten Oxyprotsulphonsäure entstehen nämlich noch Albumosen, Peptone, Fettsäuren (hauptsächlich Essig- und Propionsäure), basische Körper (wahrscheinlich Hexonbasen). Die Oxy-

protsulphonsäure ist demnach nur als ein relativ schwer abspaltbarer Theil des Eiweissmoleküls aufzufassen, ohne dass sie etwa Kühne's Antialbumid entspricht.

Entgegen Maly's Befund, konnte B. aus seiner Peroxyprotsäure keine Amidovaleriansäure und keine Isoglycerinsäure erhalten, dagegen ausser den von Maly erhaltenen Substanzen noch Essigsäure, Propionsäure, Buttersäure, Benzaldehyd und Pyridin. V. Lehmann (Berlin).

5. **Zur Kenntniss des Chemismus der peptischen und tryptischen Verdauung der Eiweissstoffe**; von Dr. Lawrow. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 6. p. 513. 1899.)

Bei Verdauung von Eiweissstoffen mit Pepsin von verschiedener Stärke während verschiedener Zeitdauer ergab sich, dass schon bei schwacher Verdauung Substanzen entstehen, die durch Ammoniumsulphat nicht mehr fällbar sind und denen eine Reihe von Farbenreaktionen des Eiweisses fehlt. Bei starker Verdauung entstehen nach längerer Zeit Substanzen, denen die Biuretreaktion fehlt, und die sich durch Aether ausschütteln lassen. Es lassen sich ferner Körper isoliren, die durch Ammoniumsulphat fällbar sind, und denen verschiedene Eiweissfarbenreaktionen fehlen, und solche, die durch Ammoniumsulphat unfällbar sind, ebenfalls verschiedene Eiweissfarbenreaktionen nicht mehr geben; alle diese Körper unterscheiden sich durch die specifische Drehung. Bei sehr langer und sehr starker Pepsinverdauung endlich entstehen Körper, die alle Farbenreaktionen, ausser der Biuretreaktion, verloren haben, und ausserdem solche Körper, die keine Biuretreaktion, dagegen die Alkaloidreaktionen geben, endlich krystallinische Spaltungprodukte.

Bei der tryptischen Verdauung entsteht eine Lösung, die durch Phosphorwolframsäure und Schwefelsäure fällbar, jedoch durch Ammoniumsulphat nicht fällbar ist und ein Gemenge darstellt mit Substanzen, die keine Biuretreaktion mehr geben; durch sehr energische Trypsinwirkung werden die Proteinkörper völlig zersetzt.

Das Danilewsky'sche Pepton lässt sich nach L. durch Labferment oder Trocknen in einen echten Eiweisskörper überführen.

V. Lehmann (Berlin).

6. **Ueber ein einfaches, für den praktischen Arzt geeignetes Verfahren zur quantitativen Bestimmung des Eiweisses im Harne**; von Dr. F. Mittelbach. (Prag. med. Wchnschr. XXIII. 30. 31. 1898.)

M. hat die Brandberg'sche Methode der quantitativen Eiweissbestimmung zu einem bequemen Verfahren umgeändert. Dabei wird wie beim Brandberg'schen Verfahren der bei der Heller'schen Eiweiss-Salpetersäure-Schichtprobe an der Grenzschicht der beiden Flüssigkeiten auftretende Eiweissring benutzt, der gerade dann noch schwach, aber deutlich auftritt, und zwar innerhalb 2—3 Minuten, wenn die Lösung in 100 ccm $3^1/_2$ mg Eiweiss enthält. M. bestimmt nun in dem Eiweissharn nicht den genauen Gehalt an Procenten, sondern nur 2 tabellarisch genau bestimmte Grenzwerthe, von denen der eine positiv, der andere negativ ist. Hierdurch erscheint der Gehalt von ca. $^1/_{10}$ zu $^1/_{10}$% genau bestimmt, während die Zwischenzahlen unbestimmt bleiben. In einer beigegebenen Tabelle auf der auch die nöthigen Verdünnungen angegeben sind, liest man sofort die Eiweisszahlen in Procenten ab.

Weintraud (Wiesbaden).

II. Anatomie und Physiologie.

7. **Ueber den Bau des Rete Malpighi der Haut der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane**; von J. Loewy. (Arch. f. mikroskop. Anat. LIII. 3. p. 403. 1898.)

Am Scrotum, am Penisschaft und an den grossen Labien herrschen einfache Papillen vor, wie man sie an der Haut des Rumpfes findet, aber auch hier schon treten complicirtere Papillenbildungen in grosser Zahl auf. Am Präputium, am Sulcus coronarius und an den kleinen Labien werden die Papillen zahlreicher. Dicht gedrängt an einander liegend, eigenartig in ihrer Form, gleichen sie theils Zotten, theils einfachen und zusammengesetzten Warzen, theils Kolben, dann Fäden und spitzen Nadeln oder rosettenähnlichen Bildungen. Hierzu kommen zahlreiche „Centren", Conglomerate von Papillen, die scheinbar zu einem Ganzen verschmolzen sind. Diese anatomischen Verhältnisse sind auch von praktischer Bedeutung, denn die Papillen sind die Hauptträger der nervösen Endapparate der Haut. In der That sind die erwähnten Theile des Genitalapparates besonders reich mit nervösen Elementen ausgestattet.

Teichmann (Berlin).

8. **Ueber die Lymphgefässe und Lymphdrüsen des Hodens**; von Dr. Most. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 113. 1899.)

Unter Anwendung des Gerota'schen Injektionverfahrens zeigte sich, dass der Hoden ausserordentlich reich mit Lymphgefässen versehen ist. Sie umspinnen die Tubuli und sammeln sich in Stämmchen, die in den Septen zwischen den Läppchen des Hodenparenchyms verlaufen. Die Saugadern der verschiedenen Septen und Läppchen anastomosiren mit einander. Der Abfluss der Lymphe ist ein doppelter: der Hauptstrom geht nach dem Corpus Highmori hin und gelangt so zu den grossen Stämmen, aus denen sich schliesslich die abführenden Gefässe entlang dem Samenstrange

bilden. Ein anderer Theil der Lymphe fliesst in ein unter der Albuginea sich über den ganzen Hoden ausbreitendes Gefässnetz, welches zahlreiche, die Albuginea perforirende Aeste zu einem subserös unter der Tunica vaginalis propria liegenden, ebenfalls dichten Saugadergeflecht entsendet. Aus jedem dieser über einander liegenden Netze entstehen grössere Lymphstämme, die dem Hilus der Drüse zusteuern. Aus diesen Sammelgefässen, sowie aus den im Corpus Highmori entstehenden Saugadern bilden sich die den Samenstrang begleitenden Lymphgefässe. Es sind 4—6 grössere Gefässstämme, die meist zu beiden Seiten der Vasa spermatica emporsteigen. Zuweilen reducirt sich ihre Zahl durch Verschmelzung. Sie münden in 2—4, selten mehr Drüsen; diese liegen rechts etwas tiefer als links, entsprechend der etwas tieferen Einmündung der Ven. spermatica dextra in die Cava. Die Drüsen der rechten Seite liegen auf der unteren Hohlvene, eine derselben fast regelmässig dicht oberhalb der Bifurkation der grossen Bauchgefässe. Links befinden sich die ersten Drüsen in der Regel seitlich von der Bauchaorta, zum Theil dieser dicht anliegend, sowie unweit der linken Nierenvene. Aus diesen ersten Drüsen entstehen rechts wiederum Gefässe, die, zwischen Cava und Aorta in die Tiefe gehend, zu Lymphdrüsen und -gefässen gelangen, deren Ausbreitunggebiet zwischen und hinter den grossen Bauchgefässen liegt. Aus der Drüse dicht oberhalb der Bifurkation tritt jedoch nie ein Lymphgefäss hervor. Von den ersten Drüsen der linken Seite führen Vasa efferentia zu Drüsen auf der Aorta und zwischen Aorta und Cava; und aus diesen gelangen wiederum Gefässe zwischen den Vasa abdominalia in das tiefe hinter letzteren gelegene Saugadernetz. Von den nahe der Nierenvene gelegenen Drüsen gehen Vasa efferentia vor den Nierengefässen hinauf zu Drüsen, die oberhalb derselben nahe der Cysterna chyli liegen und ihren Inhalt direkt in letztere ergiessen. Auch das tiefere, hinter den grossen Bauchgefässen liegende Saugadernetz mündet direkt in die Cysterna chyli. Aus dieser nahen Verbindung mit der Cysterna chyli erklärt sich die Häufigkeit der Lungenmetastasen bei Hodentumoren. Es gelang M., vom Hoden aus durch die retroperitonäalen Lymphdrüsen den ganzen Ductus thoracicus bis in die Vena subclavia hinein mit der Farblösung zu erfüllen. Teichmann (Berlin).

9. **Die Bedeutung der Nährzelle im Hoden**; von Karl Peter. (Arch. f. mikroskop. Anat. LIII. 2. p. 180. 1898.)

Von dem Satze ausgehend, dass das Chromatin des Kernes für die Ernährung und innere Ausbildung der ganzen Zelle zu sorgen habe, erklärt P. die Erscheinung der Conjugation zwischen Spermatozoën und Fusszellen auf folgende Weise: Die reifende Samenzelle, deren im Kopfe concentrirtes Chromatin der nutritiven Funktion nicht mehr vorstehen kann, muss ihr Nährmaterial durch ein anderes Element bereits zur Assimilation vorbereitet beziehen. Zu diesem Zwecke legt sie sich an die „Nährzellen“ an, mit denen sie schon als Samenmutterzelle in stetem Contakte stand und wegen des grob vertheilten Chromatins und der wiederholten Mitosen stehen musste. Diese zweite Art von Zellen scheint nichts weiter zu sein, als eine besonders differenzirte Ursamenzelle. Es zeigt sich nämlich bei vergleichend-anatomischer Betrachtung, dass von den Samenmutterzellen sich erst nur ein Theil des Plasma, dann ganze degenerirende Zellen absondern und zur kernlosen Nährsubstanz werden, bis einige der Ursamenzellen, ohne zu zerfallen, auch die nutritive Funktion der Geschlechtsprodukte übernehmen. Teichmann (Berlin).

10. 1) **Ueber Theilungsvorgänge in Primordialeiern bei einer Erwachsenen**; von Dr. W. Stöckel in Bonn. (Arch. f. mikroskop. Anat. LIII. 3. p. 327. 1898.)

2) **Zur Frage von der Entwicklung der Doppelbildungen**; von Oskar Schultze in Würzburg. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 10. 1899.)

1) Stöckel fand bei einer nach 8tägiger Erkrankung an Pneumonie verstorbenen 29jähr., stets schwächlichen und chlorotischen Nullipara, die 2 Tage a. m. menstruirt hatte, auffällige Theilungvorgänge in den Primordialfollikeln der makroskopisch normalen Eier in grosser Zahl. Sie betrafen sowohl die Eizellen, als die ganzen Follikel und liessen sich in eine gewisse systematische Reihenfolge einordnen. Die Anfänge des Vorganges zeigten sich in Vergrösserung der Keimbläschen, die zunächst rund, dann länglich, hantelförmig, bohnen- oder herzartig gekerbt erscheinen und Vermehrung der Kernkörperchen, sowie besonders dunkle Chromatinkörner zeigen können; diese Zustände scheinen die Vorläuferstadien einer *direkten Kerntheilung* zu sein, als deren Resultat die zahlreich nachweisbaren *mehrkernigen Eier* aufgefasst werden. In einzelnen Fällen waren die 2 Keimbläschen einer Zelle ungleich gross. Der Kerntheilung schloss sich weiterhin anscheinend eine Theilung der ganzen Zelle an: Primordialfollikel mit 2 Eiern waren noch viel reichlicher vorhanden, als solche mit einem zweikernigen Ei. Das nächste Stadium wurde durch Follikel dargestellt, in denen eine schmale Bindegewebemembran die beiden Eier von einander trennte; hiermit war die Bildung von 2 getrennten Follikeln eingeleitet, die durch vollkommenen Abschluss des Follikelepithelringes um jedes Ei herum zuletzt vollkommen den gewöhnlichen Primordialfollikeln gleichwerthig erschienen. Viel seltener kamen Mehrtheilungen zur Beobachtung, 3- oder 4kernige Eier, 3eiige Follikel. Die Follikel lagen häufig, wie bei Neugeborenen, in kleinen Gruppen zusammen, so dass auch hierdurch wie durch alle anderen Theilungbilder, die

bei Neugeborenen in ähnlicher Weise zu constatiren sind (St. standen hierzu Marchand's Präparate der Ovarien einer Neugeborenen zur Verfügung), die Analogie mit dem physiologischen Heranwachsen der Ovarialfollikel gegeben ist. Diese Analogie ist einer der Gründe für die Annahme, dass es sich überhaupt bei dem ganzen Vorgange um eine Kette *progredienter Theilungprocesse* handelt, und nicht etwa, in umgekehrter Reihenfolge, um eine Verschmelzung mehrerer Follikel, bez. ihrer Eier zu einem einzigen eineiigen Follikel mit einkernigem Ei.

Eine Beziehung dieser merkwürdigen Theilungvorgänge zu der vorausgegangenen Pneumonie lehnt St. ab, hält dagegen einen *Einfluss der Menstruation* für möglich. Eine Entscheidung darüber können erst spätere Untersuchungen geben, da die Literatur bisher nur spärliche Beobachtungen über die mehrkernigen Eier bei Föten und Neugeborenen, und ganz vereinzelte über mehrkernige Eier bei Erwachsenen enthält. In letzteren Fällen wurde die Doppelkernigkeit als ein *stationärer Zustand* eines „Zwillingseies“ aufgefasst, wobei die Möglichkeit der Entwickelung eineiiger Zwillinge aus solchen doppelt befruchteten Eiern angenommen wurde St. weist darauf hin, dass die Mehrkernigkeit nach seinen Beobachtungen als ein *Uebergangstadium* zur definitiven Ausbildung normaler einkerniger Eier aufgefasst werden müsse. Die Annahme, dass es sich in seinem Falle etwa um eine Zellen- und Follikeltheilung mit nachfolgender *Atresie* der betroffenen Follikel handle, also um einen degenerativen Process, wie er bei trächtigen älteren Thieren bisweilen vorkommt, konnte St. angesichts des Fehlens irgend welcher degenerativer Processe zurückweisen.

Endlich schliesst sich St. auch dem schon von Marchand ausgesprochenen Proteste gegen die Theorie B. Schultze's an, nach der mehrkernige Eier die Grundlage von *Doppelmissbildungen* geben sollen; diese Theorie würde auch dann noch Schwierigkeiten haben, wenn sie sich auf den Befund mehrkerniger *ausgebildeter,* mit Zona pellucida versehener Eier stützte.

2) Schultze widerspricht dieser Anschauung Stöckel's. Er schliesst sich der ebenerwähnten Theorie an; ihm ist überhaupt die Annahme Stöckel's, dass bei den beschriebenen Zuständen eine amitotische Eitheilung vorliege, principiell zweifelhaft. Sch. hebt hervor, dass thatsächlich mehrkernige Eier mit Zona pellucida von Kölliker u. A. beobachtet wurden, und dass derartige Befunde sehr wohl als Ausdruck einer *abnormen unvollkommenen Theilung der Eisubstanz* aufgefasst werden können. Wird jeder der beiden Eikerne befruchtet, so können Doppelmonstra deswegen entstehen, weil die Theilung der Eisubstanz eben eine unvollkommene war und das Material zur Bildung zweier normaler selbständiger Früchte fehlte; in diesem Sinne sind diese Doppelbildungen *Hemmungbildungen.* Neben dieser Möglichkeit der Entstehung von Doppelbildungen aus bereits im unbefruchteten Zustande unvollkommen getheilten Eiern steht die zweite, dass eine *Ueberreife* des unbefruchteten Eies die Ursache darstellt, in dem sie zu einer Fragmentirung in gleiche oder ungleiche, aber befruchtungfähige Theilstücke Veranlassung giebt, wie es bei Thiereiern häufig zu beobachten ist. Die dritte Ursache für die Entstehung von Doppelmonstren ist endlich die durch irgend welche bisher noch unbekannte äussere Momente veranlasste Trennung der beiden ersten Furchungkugeln nach normaler Befruchtung eines normalen Eies. Analog den experimentellen Erfahrungen, die die Entwickelung je eines vollkommenen Embryo aus jeder der beiden ersten Furchungkugeln darthun, ist auch für den Menschen eine Entwickelung von 2 Individuen aus *einem* Ei auf diesem Wege zu vermuthen, die dann je nach dem Grade der die Trennung der Furchungkugeln bedingenden Ursachen mehr oder weniger zusammen verbunden bleiben. Beneke (Braunschweig).

11. **Ueber Doppeleier beim Huhn**; von F. Immermann. (Inaug.-Diss. Basel 1899.)

Unter den beim Huhn nicht allzu selten beobachteten Doppeleiern, d. h. Eiern mit doppeltem Dotter, unterscheidet I. solche, die eine für beide Dotter gemeinsame Dotterhaut, und solche, die eine für jeden Dotter gesonderte Dotterhaut besitzen. Für die Lage der Zwillinge aus solchen Doppeleiern konnte er keine Norm aufstellen. Einer der Dotter hat in seiner Entwickelung unter der Anwesenheit des anderen zu leiden. Von den Doppeleiern können diejenigen, die gesonderte Dotterhaut besitzen, durch gleichzeitiges Platzen zweier Follikel oder durch Gegenwart zweier Eier in einem Graaf'schen Follikel entstehen. Diejenigen, die von einer gemeinsamen Dotterhaut überzogen sind, stammen wahrscheinlich aus *einem* Follikel und erhalten dort ihre Hülle. Im Ovarium des Huhnes kommen zwei Eier in *einem* Graaf'schen Follikel vor. Teichmann (Berlin).

12. **Beiträge zur experimentellen Morphologie und Entwickelungsgeschichte.** 4) *Ueber einige durch Centrifugalkraft in der Entwickelung des Froscheies hervorgerufene Veränderungen;* von Oscar Hertwig. (Arch. f. mikroskop. Anat. LIII. 3. p. 415. 1898.)

Wenn die Centrifugalkraft in einer gewissen, durch den Versuch zu ermittelnden Stärke auf das Froschei einwirkt, so ruft sie in seinem Inhalt eine stärkere Sonderung der leichteren und der schwereren Substanzen hervor. In Folge dessen bleibt der Furchungprocess auf eine Hälfte des Eies beschränkt. Im weiteren Verlaufe der Furchung erhält dann das Ei eine von der Norm ganz abweichende Beschaffenheit, die eine weitgehende Aehnlichkeit mit meroblastischen Eiern darbietet,

so dass man von einer Umwandelung des normaler Weise holoblastischen Froscheies mit totaler Furchung in den meroblastischen Typus mit partieller Furchung sprechen kann. Man kann jetzt einen ungetheilten Nahrungdotter, der die Hälfte bis zwei Drittel des ganzen Eies einnimmt, und eine in Zellen zerlegte Keimscheibe mit Blastocoel unterscheiden. Ja, die Uebereinstimmung geht so weit, dass sich sogar unter der Keimscheibe noch eine besondere Schicht von Merocyten, ein Dottersyncytium, ausgebildet hat. Wenn die Eier zu geeigneter Zeit dem Einflusse der Centrifugalkraft entzogen und unter normale Bedingungen gebracht werden, so können sie doch noch weit differenzirte, in zahlreiche Segmente gegliederte und mit allen Organen versorgte Embryonen liefern. Nur das hintere Ende ist stark missbildet.

Teichmann (Berlin).

13. **Ueber den jetzigen Stand der Keimblattfrage mit Rücksicht auf die Pathologie**; von H. Klaatsch. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 6. 1899.)

Die neueren Untersuchungen zur Keimblattfrage weisen dem Ektoderm eine bedeutende Rolle bei der Mesodermbildung zu. Das Ektoderm ist die Matrix für Alles, erst für das Entoderm, dann für das Mesoderm; aber durch diese Abgaben wird seine Bedeutung nicht vermindert. Mit Rücksicht auf die Entstehung der Chorda, des Blutgefässsystemes u. A. aus dem Entoderm gelangt man zur Aufstellung einer „gemässigten Specifität" der Keimblätter; die Neubildung von Gewebetheilen ist keine regellose, sondern an bestimmte Vorbedingungen und Oertlichkeiten gebunden, das herrschende Princip dabei ist physiologischer, nicht einseitig morphologischer Art. Die Erscheinungform vieler Gewebearten, z. B. vieler Stützgewebe, ist lediglich durch das physiologische Moment bestimmt, und es ist dabei gleichgültig, von welchem Keimblatt es herstammt: glatte Muskulatur kann sich ebenso aus dem Ektoderm, wie aus dem Entoderm in loco entwickeln. Der Mesodermbegriff geht seiner allmählichen Auflösung entgegen; je genauer die Erkenntniss des Schicksales mesodermaler Theile sich gestaltet, um so entbehrlicher wird der Begriff des Mesodermes im Ganzen. Damit fallen auch die Vorurtheile, die auf pathologischem Gebiete sich bezüglich der mesodermalen Geschwülste geltend machen. Der *Epithel*zustand der Zellen ist gebunden an das Vorhandensein von Hohlräumen; mit ihnen schwindet diese Erscheinungform der Elemente und stellt sich bei Spaltbildung im Zellenmaterial wieder her. Es liegt also kein Grund vor, den aus dem Ektoderm stammenden Mesodermtheilen eine andere Beurtheilung angedeihen zu lassen, als dem Mutterboden, und den Carcinombegriff nicht auch auszudehnen auf die von den Wandungen der serösen Höhlen und der Gefässe ausgehenden Geschwulstbildungen. Für eine Eintheilung der Geschwülste aber bietet die Keimblattlehre keine geeignete Handhabe.

Teichmann (Berlin).

14. **Beiträge zur Kenntniss der Placentarbildung**; von F. Marchand. (Marburg 1898. N. G. Elwert.)

Die Untersuchungen betreffen zum grössten Theile die Placentabildung beim Kaninchen, und wenn ihre Ergebnisse auch nicht ohne Weiteres auf die Verhältnisse beim Menschen zu übertragen sind, so sind sie doch zum Theil von grosser Bedeutung, so namentlich die Lösung der Frage von der Verbindung des Eiektoderms mit der Uterusschleimhaut. Diese erfolgt nach M. durch Vermittelung eines vorgebildeten ektodermalen Plasmodium, das mit dem epithelialen Plasmodium (Syncytium) des Uterus verschmilzt. Das ektodermale Plasmodium geht als solches grösstentheils während der Anlagerung zu Grunde, zum Theil löst es sich in einzelne Zellenkörper auf, die gemeinsam mit den von der Zellenschicht herstammenden isolirten Zellen und vielkernigen Protoplasmamassen in das uterine Syncytium und in die Schleimhaut eindringen. Gleichzeitig bildet das Ektoderm grössere Fortsätze („Zotten"), die durch aktive Wucherung in die veränderten Drüsen und die Schleimhaut hineinwachsen. Die Bluträume der Placenta foetalis entstehen anfangs als Vacuolen (Lacunen) innerhalb des Ektoderms und der aus ihm in Verbindung mit anderen Elementen (Gefässscheiden u. s. w.) hervorgegangenen zellenreichen Schicht an der Oberfläche der Schleimhaut. Die Hohlräume füllen sich mit austretendem Blut von den oberflächlichen Schleimhautgefässen aus, die mit ihnen durch Auflockerung der Wandung in Verbindung treten. Sie erhalten sehr bald eine zellig-protoplasmatische Auskleidung, die von den gewucherten Endothelzellen der mütterlichen Gefässe ausgeht, während die perivaskulären Zellen dabei verschwinden, indem sie vielleicht dem wuchernden Endothel als Nährmaterial dienen. Das uterine Syncytium wird durch das wuchernde Ektoderm grösstentheils resorbirt bis auf geringe an die Grenze der Placenta uterina zurückgedrängte Reste. Die ektodermale Zellenschicht bleibt als Cylinder-Epithelüberzug der sogenannten Placentasäulen im Grunde der Placenta foetalis erhalten, während sie sich in den oberflächlichen Theilen in einzelne Zellengruppen auflöst, die, wie es scheint, die weitere Vervielfältigung der Lamellen einleiten.

Die Bildungweise der Placenta foetalis durch eine aktive Wucherung des ausser-embryonalen Ektoblastes mit Entstehung provisorischer mütterlicher Bluträume innerhalb desselben und nachträglicher Auskleidung der Bluträume durch eine von dem mütterlichen Gefässendothel ausgehende Protoplasmawucherung entspricht vollkommen der von Hubrecht zuerst für die Placenta des Igels

durchgeführten Anschauung von der Bildung eines embryonalen Trophoblastes und einer mütterlichen Trophospongia. Teichmann (Berlin).

15. **Ein Beitrag zum Bau der menschlichen Eihüllen**; von K. Blacher in Reval. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 1. p. 65. 1898.)

„Die Placenta ist nach meiner Ansicht ein colossal entwickeltes cavernöses Gewebe, hervorgegangen aus dem Capillarnetz der Uterusschleimhaut; die blutzuführenden Gefässe bilden in der Decidua und den Balken Bündel und Netze und haben dicke Wände aus faserigem Bindegewebe; ihre Fortsetzung bilden die feineren Gefässe und Kanäle in den breiteren Scheidewänden des cavernösen Endothelgewebes, das in der Nähe grosser Zotten ein faseriges Aussehen erhalten kann; die Chorionzotten sind in dieselben Scheidewände eingebettet und erhalten in Folge dessen einen Ueberzug aus Endothel mit einem feinen Capillarnetz; damit schliesst das arterielle System der Placenta." U. s. w. Brosin (Dresden).

16. **Étude histologique de la musculature intrinsèque de l'utérus**; par G. Fieux. (Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 1. p. 114. Janv.—Févr. 1899.)

Die Untersuchung gipfelt in dem Ergebnisse, dass als „unteres Uterinsegment" im klinischen Sinne derjenige untere Theil des Uteruskörpers zu betrachten ist, dessen innere Zweidrittheile bindegewebiger Natur sind und dessen äusseres muskulöses Drittel nur Längsfasern besitzt.

Teichmann (Berlin).

17. **On menstruation and ovulation in monkeys and in the human female**; by Walter Heape. (Brit. med. Journ. Dec. 24. 1898.)

Regelmässige Menstruation ist von Rengger, St. Hilaire, Cuvier und Sutton bei verschiedenen Affenarten beobachtet. In Calcutta hat H. selbst regelmässige Menstruation bei Semnopithecus entellus, Macacus cynomolgus und Cynocephalus porcarius festgestellt. Der Semnopithecus entellus hat seine regelmässige Brunstzeit, menstruirt aber auch ausserhalb derselben, ebenso scheint es nach Atchinson mit M. rhesus zu sein. Histologisch kann man bei der Menstruation von S. entellus und M. rhesus 4 Zeitabschnitte unterscheiden, Ruhe, Wachsthum, Entartung, Neubildung. H. hat nachgewiesen, dass bei beiden Menstruation ohne Ovulation vorkommt, dass letztere wahrscheinlich nur während der Brunstzeit statthat. J. Praeger (Chemnitz).

18. **The occurrence of menstrual secretion in the Fallopian tubes in the human subject and its significance**; by C. J. Bond, Leicester. (Brit. med. Journ. June 4. 1898.)

Seit 1893 hat B. alle Eileiter, die während der Menstruation entfernt wurden, untersucht. Zur Klarstellung der Frage, ob eine Absonderung in den Eileiter während der Menstruation statthat, sind nur die Fälle zu verwerthen, in denen die Eileiter augenscheinlich nicht erkrankt sind. In 4 Fällen, die dem 1., 3., 4. und 5. Tage der Periode entstammten, fand sich stets blutig gefärbter Schleim. Mikroskopisch enthält dieser rothe und weisse Blutkörperchen, sowie einige Epithelzellen im Zustande schleimiger Entartung. Die Schleimhaut des uterinen Drittels weist vermehrte Blutzufuhr, strotzende Gefässe, ausgesprochene Leukocyteninfiltration mit Austritt von rothen und weissen Blutkörperchen auf. Das Epithel fehlt nie, zeigt aber vielerorts schleimige Entartung.

B. spricht sich dagegen aus, dass es sich um eine Zurückstauung von Blut aus der Gebärmutter handeln könne. J. Praeger (Chemnitz).

19. **Anomalie des organes génitaux**; par P. Delagénière, Tours. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 57. Janv. 1899.)

Eine 27jähr. Frau, die nie menstruirt war, wandte sich an D. wegen in 4wöchigen Pausen wiederkehrender heftiger Schmerzen. Keine Spur von Bart. Brustkasten breit, wie beim Manne entwickelt. Busen gleich dem eines Mädchens vor der Geschlechtsreife. Gang männlich. Vorberg mit spärlichen kurzen Haaren besetzt. Die Vulva bot ein ganz normales Aussehen; keine übermässige Entwickelung der Klitoris; Harnröhre, grosse und kleine Schamlippen regelmässig geformt. Bei der Untersuchung der Scheide kam man in einen 5 cm langen Blindsack. Keine Gebärmutter zu fühlen. 2 Leistenbrüche waren vorhanden, deren Zurückbringung Schmerzen verursachte. Bei dem am 5. Aug. 1897 vorgenommenen Bauchschnitte fand sich keine Spur von Gebärmutter und Anhängen, die Blase lag direkt dem Mastdarme auf. Durch Einschnitt über dem Leistenkanale jederseits wurden die dort fühlbaren Gebilde entfernt, die sich durch die Untersuchungen Pilliet's als zwei ektopische Hoden im atrophischen Zustande mit Adenomentwickelung eines Theils der Drüse erwiesen.

Es handelte sich demnach um ein männliches Individuum, bei dem das Herabsteigen der Hoden aufgehalten war. Die allgemeine Constitution ähnelte mehr der männlichen. Bemerkenswerth ist das gleichzeitige Vorhandensein der äusseren weiblichen Geschlechtstheile. Aehnliche Fälle sind von Churchill und Abel berichtet.

J. Praeger (Chemnitz).

20. **Ein Beitrag zum Pseudohermaphroditismus**; von Dr. A. Solowij in Lemberg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 2. p. 210. Febr. 1899.)

21jähr. ledige Person, immer gesund, niemals menstruirt. Von jeher waren 2 Höcker in der Gegend der Schamfuge bemerkt, von denen der rechtsseitige seit 4 Wochen anschwoll und Beschwerden machte. Brustdrüse gut entwickelt, ganzer Habitus weiblich, keine Barthaare. Beiderseits auf der Schamfuge im oberen Theile der grossen Schamlippe je ein Körper, links taubeneigross, rechts doppelt so gross, schmerzhaft. Klitoris 2 cm lang, undurchbohrte Eichel, von der zwei Falten zu den grossen Schamlippen ziehen. Von der kleinen Schamlippe nur links eine Andeutung. Scheide 5 cm lang, endet blind. In der vorderen Scheidenwand verläuft von oben nach unten ein dünner Strang. Vom

Mastdarme aus fühlt man im Becken einen quer verlaufenden Strang, links etwas breiter endend. Durch Spaltung der Haut wurden beide Keimdrüsen aus den Schamlippen mit Leichtigkeit entfernt. Sie erwiesen sich makro- und mikroskopisch als Hoden sammt Nebenhoden. In den Schnitten fanden sich Samenfäden in verschiedenem Grade der Ausbildung. Es handelt sich also um einen *Pseudohermaphroditismus masculinus mit weiblichem Habitus.* J. Praeger (Chemnitz).

21. **The true function of the thymus**; by J. Beard. (Lancet Jan. 21. 1899.)

Nach B. hat die Thymusdrüse die Aufgabe, die ersten Leukocyten im Embryo zu liefern. Diese entstehen aus dem Thymusepithel zu einer Zeit, wo im ganzen übrigen Körper sich weder Leukocyten noch lymphoide Gewebe finden, und wandern in das Blut und die meisten Körpertheile.

Die Thymus ist im Stande, die sämmtlichen Leukocyten des Embryo zu liefern. Sie findet sich bei allen Wirbelthieren.

Bei dieser Annahme erklärt es sich leicht, dass die Thymus so frühzeitig (nachdem sie nämlich ihre Aufgabe erfüllt hat) zur Atrophie gelangt.

V. Lehmann (Berlin).

22. **Beiträge zur Lehre von der Milzfunktion.** *Die Absonderung und Zusammensetzung der Galle nach Exstirpation der Milz;* von Dr. Angelo Pugliese. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 69. 1899.)

Die Blutkörperchen zerstörenden Gifte (Toluylendiamin, Acetylphenylhydrazin, Pyrogallussäure, Pyrodin) bringen bei entmilzten Hunden geringe oder gar keine Krankheiterscheinungen hervor. Dieses führt P. darauf zurück, dass der von der Blutkörperchenzerstörung herrührende Farbstoff nicht mehr in der Milz abgelagert werden kann, sondern im Knochenmarke deponirt wird, dass daher die Leberzellen nicht direkt durch die Pfortader mit einer grossen Pigmentmenge überschwemmt werden.

An Hunden legte P. Gallenfisteln an, untersuchte die normale, sowie die nach Pyrodininjektion gewonnene Galle und exstirpirte dann die Milz, worauf die Galle wieder ebenso untersucht wurde. Sie zeigte nach der Milzexstirpation im Uebrigen keine besonderen Abweichungen, nur der Farbstoffgehalt war sehr bedeutend herabgesetzt. Die obige Anschauung wird also hierdurch bestätigt.

Im Verlaufe der Untersuchung gelangte übrigens P. dazu, die Bilirubinbestimmung nach Jolles für sehr unzuverlässig zu erklären.

V. Lehmann (Berlin).

23. **The action of certain drugs and mineral-waters on the secretion and composition of human bile. An experimental investigation**; by William Bain. (Journ. of Anat. and Physiol. N. S. XIII. 1. p. 91. 1898.)

B. hatte Gelegenheit, an einem Manne mit permanenter Gallenfistel Untersuchungen anzustellen. Er untersuchte die Wirkung einiger Mineralwässer und Drogen, verschiedener Quellen von Harrogate: Alte Schwefelquelle, starke Montpellierquelle, Kissingenquelle, Eisenchloridquelle, ferner Karlsbader Mineralwasser, dann Evonymin, salicylsaures Natron, benzoësaures Natron, Iridin, Podophylloresin, Podophyllotoxin.

Seine Ergebnisse sind: In 24 Stunden secernirt ein Mann etwas unter Mittelgrösse ca. 775 ccm Galle mit ca. 15.8 g fester Bestandtheile. Am Abend wird mehr Galle abgesondert als während der Nacht.

Menge und Dichte der Galle werden vermehrt durch: Alte Schwefelquelle, Kissingenquelle, Karlsbader Wasser, Evonymin, benzoësaures und salicylsaures Natron. Podophylloresin und Iridin steigern nur die Dichte. Starke Montpellierquelle und Podophyllotoxin vermindern etwas die Menge und die Dichte. Sodawasser und heisses Wasser scheinen die Gallensekretion nicht zu steigern. Salicylsaures Natron steigert die Harnsäureausscheidung im Urin. V. Lehmann (Berlin).

24. **Ueber die Möglichkeit der Eiweissmast**; von Dr. Bornstein. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 36. 1898.)

Aus der Praxis wusste B., dass durch einseitige Vermehrung der Eiweissration Gewichtzunahme, Besserung der Blutbeschaffenheit, des Allgemeinbefindens zu erzielen ist. Er suchte nun durch Stoffwechselversuche mit reinem Eiweiss, das in grösserer Menge der Nahrung zugefügt wurde, zu entscheiden, ob eine Eiweissmast auf diese Weise möglich ist. Die Versuche stellte er an sich selbst an, als Eiweisszusatz wurde Nutrose (Caseinnatrium) gewählt.

Das Ergebniss war, dass 16 g N zum Ansatze gelangten, entsprechend 470 g Fleisch. Das Körpergewicht stieg in den 14 Tagen der Eiweissüberernährung um 600 g.

Es ist also durch einseitige Mehrzufuhr von Eiweiss eine Erhöhung des Eiweissbestandes möglich. Bei Mastkuren sollte zunächst diese Erhöhung angestrebt werden.

V. Lehmann (Berlin).

25. **Stoffwechselversuche mit phosphorhaltigen und phosphorfreien Eiweisskörpern**; von F. Röhmann. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 36. 1898.)

Die Bildung der phosphorhaltigen Eiweisskörper könnte im Körper entweder aus phosphorfreien Eiweisskörpern und Phosphaten erfolgen oder direkt aus den eingeführten phosphorhaltigen Eiweisskörpern. R. suchte die Frage durch Phosphorstoffwechselversuche zu entscheiden; man weiss bereits seit längerer Zeit, dass der Stoffwechsel des Phosphors dem des Stickstoffs parallel geht.

Es wurden einerseits Hunden phosphorhaltige

Eiweisskörper, zusammen mit Speck, Reisstärke und Salzen (*ohne* Phosphate), gegeben. Verwendet wurden Casein (Nutrose) und Vitellin. Die Nahrung war so gewählt, dass Stickstoffansatz erfolgen musste. Es ergab sich auch ein entsprechender Ansatz von Phosphor. Andererseits erhielten die Hunde in der Nahrung phosphor*freie* Eiweisskörper (Myosin, krystallisirtes Edestin) und anorganische Phosphate. Hier erfolgte ein weit geringerer Phosphoransatz als unter den vorigen Versuchsbedingungen, und zwar viel geringer im Verhältniss zum Stickstoffansatz.

Man könnte also schliessen, dass der in organischer Bindung eingeführte Phosphor auch in dieser Form resorbirt und in der Zelle aufgespeichert wird, dass dagegen der Körper aus phosphorfreiem Eiweiss und Phosphaten nicht dieselben organischen Phosphorverbindungen bilden kann. Jedenfalls ist die Bedeutung der phosphorfreien und der phosphorhaltigen Eiweisskörper für die Ernährung nicht die gleiche, daher auch die Bedeutung des Caseins in der Milch eine andere als die der phosphorfreien Eiweisskörper (Albumin, Globulin). V. Lehmann (Berlin).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

26. **Ueber Amöben und ihre Unterscheidung von Körperzellen**; von Dr. Feinberg. (Fortschr. d. Med. XVII. 4. p. 121. 1899.)

Während alle bekannten Eigenschaften der Amöbe, die Bewegung des Protoplasmas, die Vacuole im Innern, auch an Körperzellen (Leukocyten, Tumorzellen) beobachtet werden können, beschreibt F. als wesentliches Unterscheidungmerkmal in den Amöben eine helle Zone, die den Kern vom Protoplasma trennt. Sie tritt zwar besonders deutlich an gefärbten Präparaten hervor, ist aber auch an frischen zu beobachten. Zur Färbung auch encystirter Amöben erwies sich Methylenblau mit nachfolgendem Eosin als besonders geeignet. Ferner kann man Amöben durch ihre Cultivirfähigkeit als solche erkennen. Als besten Nährboden giebt F. eine Kochsalzlösung von verschiedener Concentration an, in die „eine oder mehrere organische Substanzen“ gebracht sind. Die ganze Arbeit ist, anscheinend mit Absicht, so dunkel gehalten, dass eine Nachprüfung der erzielten Ergebnisse unmöglich ist. Teichmann (Berlin).

27. **Ueber eine aus Sputum isolirte pathogene Streptothrix**; von W. Rullmann und Fr. Perutz. Zweite Mittheilung. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 13. 1899.)

R. u. P. fanden in einem Sputum eine pathogene Streptothrix, die auf verschiedenen Nährmedien, besonders auf Blutserum, schnelles Wachsthum zeigte. Sie beziehen sich noch auf andere Beobachtungen über Pseudotuberkulose beim Menschen. [Die bakteriologischen Beziehungen solcher mehrfach beschriebener Befunde zu der Tuberkulose sind wohl noch sehr fraglich. Ref.]

Woltemas (Diepholz).

28. **Ueber einen aus dem Körper eines Recurrenskranken erhaltenen Bacillus**; von Dr. S. M. Afanassiew. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XXV. 12. 1899.)

Eine Epidemie des Rückfallfiebers in Rybinsk veranlasste A. zu Studien über die wahre Grundform der Recurrensmikroorganismen.

In allen während eines Fieberanfalles entnommenen und theils in frischem Zustande, theils im gefärbten Präparate untersuchten Blutproben wurden Stäbchen gefunden, die am 1. Tage sehr klein waren, in den folgenden Tagen aber länger wurden. Sie waren z. Th. als Diplokokken angeordnet, z. Th. bildeten sie lange Ketten, lagen bisweilen in Leukocyten und hatten eine sich nicht färbende Hülle.

In 44 vermittelst einer von A. angegebenen und näher beschriebenen Fontanelle entnommenen Blutproben gelang es nur 3mal, lebensfähige Bakterien zu Culturzwecken zu erhalten. Der gewonnene Mikroorganismus wuchs in Bouillon gut und schnell, nach 4—5 Stunden war die Bouillon getrübt. In ihr fanden sich mikroskopisch 1—1.5 μ lange, ausserordentlich rasch bewegliche Stäbchen, die am 2. Tage bereits 5—6 μ lang, dabei nicht weniger beweglich waren und ein ausgesprochenes Agglutinationvermögen hatten. Mit Carbolfuchsin gelang eine schwache Färbung. Im gefärbten Präparate zeigten sich die kleinen Stäbchen 0.3 μ dick mit abgerundeten Enden, die grösseren waren kommaförmig gestaltet. Auf der Gelatineplatte entstanden sehr kleine, zarte, weisse Colonien, die bei Vergrösserung zackige Ränder besassen. Die Gelatine wurde nicht verflüssigt. Längs des Striches an schräg erstarrter Gelatine bildete sich ein circa $^1/_2$ mm breiter Faden. Mikroskopisch war die Form der auf Gelatine gezüchteten Stäbchen eigenthümlich: sie waren sehr gross und stark und erschienen an den Enden zugespitzt. Die Cultur gelang ausser in Bouillon und auf Gelatine auf Agar-Agar, schräg erstarrtem Ochsenblutserum, Kartoffeln u. A. Milch wurde nicht zur Gerinnung gebracht. In sterilisirtem Wolgawasser lebte das Stäbchen 3 Tage, ohne seine culturellen Eigenschaften zu verändern.

Die Frage, ob sich aus dem Stäbchen die Spirochäte entwickeln kann, war selbst bei Anwendung menschlichen Blutserum zur Züchtung nicht eindeutig zu entscheiden. Die Transfusion in das Blut von Kaninchen zur Feststellung der pathogenetischen Kraft des Stäbchens ergab Uebereinstimmung mit den Versuchen von Obermeier und Heidenreich. Es folgte stets länger dauerndes Fieber, einige Male auch tödtlicher Ver-

lauf. Im Blute konnten bei diesen Versuchen keine Spirochäten nachgewiesen werden, dagegen gelang die Züchtung aus der Leber, der Milz, den Nieren und dem Herzblute der gestorbenen Kaninchen. Versuche bei Menschen ergaben ebenfalls charakteristische Fiebersteigerung; im Blute fanden sich Stäbchen, Spirochäten fehlten aber gänzlich.

Herbert Beschorner (Dresden).

29. **Einige neuere Arbeiten zur Theorie der Antitoxin-Immunität**; von Dr. C. Weigert in Frankfurt a. M. (Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. d. Menschen u. d. Thiere IV. 1897.)

Davon ausgehend, dass nicht jede Unempfänglichkeit gegen Gifte eine Antitoxin-Immunität ist, stellt W. zunächst fest, dass diese mit der natürlichen Immunität nichts gemein hat und dass durchaus nicht jede erworbene Gift-Immunität als eine antitoxische zu bezeichnen ist. Bei der antitoxischen Immunität hat man eine durch Zufuhr schwacher Giftdosen bewirkte *aktive* (hier erzeugt der Organismus das Gegengift) und eine durch antitoxinhaltiges Serum hervorgerufene *passive* Immunität (der Körper bekommt das Gegengift im eingespritzten Serum fertig zugeführt) zu unterscheiden. Dieser Unterschied beider bedingt Differenzen des Verlaufes derart, dass die aktive Immunität zwar langsam eintritt, aber lange erhalten bleibt, während die passive Immunität das gegentheilige Verhalten zeigt. Die Wirkung des Antitoxins beruht nicht in einer Zerstörung des Toxins, sondern in einer Unschädlichmachung auf rein chemischem Wege. Das Antitoxin entsteht nicht aus dem Toxin selbst; die Art seiner Entstehung wird am ungezwungensten durch die Ehrlich'sche *Seitenkettentheorie* erklärt. Diese beruht auf der Annahme, dass (analog dem Benzolringe der organischen Chemie) die Zellen aus einem Kerne (Leistungkern) bestehen, dem sich gewisse Bestandtheile der Zelle, wie die Sterngruppen des Benzolringes, als Seitenketten ansetzen. Während nun das Leben und die Ersatzfähigkeit der Zelle nicht mit geschädigt wird, greifen die ein Antitoxin hervorrufenden Gifte zunächst nur diese Seitenketten der Zelle an. In Folge dieser primären Schädigung werden neue Seitenketten gebildet, der Ueberschuss wird abgestossen, geht in das Blut über und bildet das Antitoxin. Ist dieses im Blute in genügender Menge gelöst, so trifft das in den Blutkreislauf eintretende Toxin, sofern es eine chemische Verwandtschaft zeigt, sogleich mit seinem Gegenpart zusammen und kann sich mit diesem um so eher verbinden, als beide in Lösung sind. Für die in loco sitzenden Seitenketten ist das Gift dann nicht mehr disponibel. Man kann demnach die Quintessenz der Ehrlich'schen Theorie mit Behring so ausdrücken, dass man sagt: „Dieselbe Substanz im lebenden Körper, welche, in der Zelle gelegen, Voraussetzung und Bedingung einer Vergiftung ist, wird Ursache der Heilung, wenn sie sich in der Blutflüssigkeit befindet".

Diese von Ehrlich zunächst und als Hypothese aufgestellte Ansicht wurde gestützt und erweitert durch die Untersuchungen von Wassermann, Ransom, Mariena, dann wurden auch frühere Beobachtungen Metschnikoff's verständlich, der bei Thieren mit „natürlicher Immunität" gegen gewisse Toxine das gesammte Gift im Blute conservirt fand, wenn es nicht durch andere Einflüsse zerstört oder in gewissen Organen abgelagert wurde. Gegen denjenigen Theil der Ehrlich'schen Lehre, nach dem das Tetanusantitoxin mit normalen Bestandtheilen des Nervensystems identisch ist, wurden Einwendungen von Roux und Borrel erhoben, die, wie W. darthut, nur auf Missverständnissen der Theorie beruhen. Stellt man diese richtig, so findet die Ehrlich'sche Lehre auch durch diese interessanten Untersuchungen eine volle Bestätigung. Auch die Versuche Metschnikoff's zur Widerlegung der Ansichten Wassermann's müssen z. Th. von denselben Gesichtspunkten aus betrachtet werden, z. Th. stehen sie zur Ehrlich'schen Lehre in keiner Beziehung. Der Einwurf Knorr's, dass es sich nicht um einen Defekt im Ehrlich'schen Sinne, sondern um einen Zellenreiz handle, kann nach Ansicht W.'s vom Standpunkte der Ehrlich'schen Theorie zu Recht bestehen.

Aus den Versuchen in vitro kann man eine Erklärung mancher Erscheinungen nicht geben, da man hier zwar die chemischen Vorgänge, nicht aber die doch stets eintretende und zur Erklärung der Vorgänge im menschlichen Körper nothwendige klinische Schädigung beobachten kann. Beide sind aber durchaus nicht identisch. Die chemische Theorie allein genügt allerdings zur Erklärung der Thatsache, dass im Allgemeinen jedes gebildete Antitoxin nur auf ein bestimmtes oder chemisch verwandtes Toxin passt, dass es also nur ganz bestimmte Seitenketten zu binden vermag. Stellen die Toxine keine einheitlichen Gifte dar, so treten Nebenwirkungen auf, die aber nur unter bestimmten Umständen zur Geltung kommen: so enthält das Tetanusgift einen für das Blut verderblichen Bestandtheil, das Tetanolysin, beim Diphtheriegift ist es das „Epitoxoid" (Ehrlich), dem wahrscheinlich die Wirkung auf das Nervensystem zukommt.

Die thatsächlichen Beweise für die Ehrlich'sche Hypothese konnten gerade beim Tetanus erbracht werden, da die Beziehungen des Tetanusgiftes zum Centralnervensysteme bekannt waren. Bei anderen Krankheitgiften sind die Beziehungen zu bestimmten Organen noch nicht klar, da die Verhältnisse hier schwieriger liegen. Praktisch ist eine Veränderung der Zellen durch das Toxin von grösster Bedeutung, bei der es sich nicht um eine leichte chemisch-histologische Schädigung handelt, die zur Antitoxinbildung Veranlassung giebt, sondern um eine schwerere Form, die eine

klinische Erkrankung der Zelle mit sich führt. Diese Form kommt in Betracht, wenn es sich um die passive Einführung des Antitoxins als Heilserum handelt. Dieses muss, um zu wirken, die an den Zellen selbst haftenden Giftmassen beeinflussen. Die Erfahrungen, dass es einer immer grösseren Menge von Heilserum bedarf, je später man die Behandlung einleitet, müssen dadurch erklärt werden, dass die an den Seitenketten festsitzenden Giftmengen mit der Zeit in immer festere Verbindung mit den Zellen treten, bis schliesslich auch die grössten Quantitäten Antitoxin nicht mehr im Stande sind, die Verbindung zu lösen. Ueber die Veranlassung dieser festen Verbindung mit den Zellen kann man zur Zeit noch nicht einmal Vermuthungen aussprechen.

Herbert Beschorner (Dresden).

30. **Die Immigrationstheorie und die Lehre von den Schlummerzellen**; von Dr. O. Schnaudigel in Heidelberg. (Arch. f. Ophthalmol. XLVII. 2. p. 386. 1899.)

Der alte Streit um die Gültigkeit der Cohnheim'schen Entzündunglehre! Sch. wendet sich gegen Grawitz und Buddee, die in den Spindelformen und in den Degenerationprodukten der Leukocyten Zellen sehen, die autochthon als „Schlummerzellen" entstehen und nach Ablauf der Entzündung wieder „in den Schlummerzustand" zurückkehren. Sch. untersuchte künstlich inficirte Hornhäute und fand, dass die in der Hornhaut zu einer Zeit, wann eine Reaktion der Hornhaut selbst noch nicht nachweisbar war, schon auftretenden Wanderzellen zum grössten Theile feine eosinophile Granula in ihrem Protoplasma führten. Dadurch aber erwiesen sie sich ganz sicher als Leukocyten, die in die Hornhaut vom Rande her eingewandert waren.

Lamhofer (Leipzig).

31. **Ueber Gewebeveränderungen nach lokaler Kälteeinwirkung**; von Prof. H. Hochhaus. (Virchow's Arch. CLIV. 2. p. 320. 1898.)

Bei einer Kälteeinwirkung von ca. —80° R. verläuft der Process an Leber und Niere so, dass nach Beendigung der Aetzung die betroffene Stelle weiss, fest, fast knochenhart wird. Einige Minuten später wird zuerst die Peripherie, dann aber auch der centrale Theil dunkelblau, schwillt an und ragt etwas über das Niveau des Organs hervor. Dieser Zustand ist auch nach 48 Stunden noch vorhanden. Im späteren Stadium wird bei der Niere die geätzte Partie wieder weiss, bleibt es auch und sinkt nach und nach etwas ein. Bei der Leber sind die Verhältnisse anfangs die gleichen, doch nimmt der geätzte Bezirk später einen bräunlichen Farbenton an und verkleinert sich erheblich. Die wesentliche Wirkung der Kälteätzung ist eine Nekrose reinster Art, ohne jede Beimischung fremder Einwirkung. Auffallen muss die relativ geringe Schicht des betroffenen Gewebes. Es scheint aber, dass gerade die plötzliche und starke Erstarrung dieses Gewebes für das übrige Organ einen gewissen Schutz abgiebt und das tiefere Eindringen verhindert. Die Veränderungen des Gewebes selbst zeigen die Erscheinungen der Zellennekrose in ähnlicher Art und Weise, wie sie auch bei anderen Nekrosen angetroffen werden. Auffallend sind bei beiden Organen die geringen Regenerationerscheinungen. Was die Gefässe betrifft, so wurden Thromben kaum bemerkt, wohl aber Blutstasen.

Vollert (Leipzig).

32. **Sulla determinazione della data delle contusioni cutanee del cadavere**; pel O. Modica. (Rif. med. XIV. 134. 135. 136. 1898.)

M. bringt zunächst ausführliche Literaturangaben über die Veränderungen der Blutextravasate in bestimmten Zeiten. Alsdann beschreibt er die Art der Behandlung seines Leichenmaterials für eine genaue mikroskopische Untersuchung. 16 ausführliche Versuchsprotokolle bilden die Grundlage folgender Schlüsse: Contusionen, die vor wenigen Minuten bis vor 21 Stunden stattgefunden haben, bewirken keine Veränderungen der rothen Blutkörperchen. Nach $1^1/_2$ Tagen erscheinen viele Blutkörperchen schon ein wenig entfärbt, aber von normaler Form und Grösse, während andere einen gewissen Grad von Anschwellung darbieten. Nach ungefähr 3 Tagen erscheinen die Körperchen etwas geschrumpft, das Protoplasma wenig entfärbt; es treten wenige rothbraune Pigmentgranula in letzterem auf. Am 4. Tage beginnt das Auftreten spärlicher Körperchen tragender Zellen. Am 9. Tage fällt die grosse Zahl der Wanderzellen, die Körperchen und Pigment mit sich führen und schon eine beginnende fettige Degeneration zeigen, auf. Am 12. Tage sind alle rothen Blutkörperchen geschrumpft; am 18. Tage überwiegt die Zahl der Pigment tragenden Zellen über die der Körperchen tragenden. Nach 48 Tagen kann man nach einigen Contusionen noch einige ganz geschrumpfte rothe Blutkörperchen entdecken, nach anderen nicht mehr.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

33. **Peritonäale Adhäsionen**; von P. Rissmann. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXII. 27. 1898.)

R. hatte früher angenommen, dass aseptische seroseröse Verklebungen vorkämen und davon festere Verwachsungen, wie man sie durch lokale Infektion, durch Aneinanderlegung von zwei in ihrem Endothel lädirten Peritonäalflächen, bez. durch Annähen einer Bindegewebewunde an Peritonaeum erhalten kann, zu scheiden seien. Durch neue Versuche an Hunden sucht er nun seine Ansicht mit Erfolg zu stützen gegen ten Brink und sucht dessen Ansicht, es kämen nur bakterielle Adhäsionen vor, zu entkräften. Er führt zu seinen Gunsten die Angaben anderer Autoren an. und giebt seiner Meinung Ausdruck, dass auch intakte

Endothellagen bei innigem und genügend langem Aufeinanderliegen sich vereinigen.

Glaeser (Danzig).

34. **Ueber adenomähnliche Wucherungen der Tubenschleimhaut bei Tubentuberkulose**; von Dr. Bruno Wolff in Leipzig. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VI. 5. p. 497. Nov. 1897.)

Bei der von Sänger ausgeführten Operation fanden sich in beiden exstirpirten Tuben epitheliale Wucherungen, zugleich aber auch typische Tuberkel. W.'s Fall liefert demnach nicht nur einen Beitrag zur Lehre von den Tubenneubildungen, sondern die Combination der epithelialen Wucherungen mit der Tuberkulose giebt ihm zugleich ein allgemeineres pathologisch-anatomisches Interesse.

Bei der Pat. bestand links ein kleinfaustgrosser, buckliger, derber und unbeweglicher Adnextumor, rechts ein beweglicherer von etwa Gänseeigrösse. Die Erkrankung bestand schon eine Reihe von Jahren; wegen unerträglicher Schmerzen wurde die Operation vorgenommen. Heilung ungestört. Späteres Befinden günstig.

Nach der mikroskopischen Untersuchung musste die auf das makroskopische Aussehen der Präparate hin gestellte Diagnose primärer, maligner Neubildungen, ebenso wie vorher die klinische Diagnose chronischer doppelseitiger Perisalpingooophoritis bei rechtseitiger Hydrosalpinx aufgegeben werden. An den Schnitten waren zweierlei Processe zu unterscheiden, einmal ein epithelialer Wucherungprocess und zweitens Knötchen, die sich ihrer ganzen Natur nach als typische Tuberkel erwiesen. Als primärer Process hatte sich in den Tuben die Tuberkulose entwickelt und auf dem Boden des Entzündungprocesses war es zu einer Wucherung des Epithels der Tubenfalten gekommen. Die atypischen Epithelwucherungen waren nicht als Krebs, sondern als „adenomähnliche Wucherungen“ zu bezeichnen.

W. betont, dass das Vorkommen atypischer Epithelwucherungen bei der Eileitertuberkulose erst sehr selten beobachtet worden ist.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

35. **Are complete castrates capable of procreation?** by F. R. Sturgis. (Med. News LXXIII. 15. p. 449. 1898.)

St. referirt über Arbeiten von Obolonsky und Masuraca, die bei verschiedenen Thieren noch einige Zeit nach der Castration Spermatozoën fanden, und theilt einige Beobachtungen von Thierzüchtern mit, die dafür sprechen, dass in den ersten Tagen nach der Castration noch ein einmaliger befruchtender Coitus ausgeübt werden kann.

Woltemas (Diepholz).

36. **Ueber die Rolle der Heredität bei der Pathologie innerer Krankheiten**; von Dr. Kabanoff, Assistent an der Universitätsklinik zu Moskau. (Inaug.-Diss. Moskau 1899.)

Genaue klinische Beobachtung von 416 Kranken, bei denen es möglich war, eine erbliche Belastung festzustellen, führten K. zu der Ansicht, dass bei der Entstehung der meisten chronischen Krankheiten viel weniger Erkältungen oder akute und chronische Infektionen in Betracht kommen, als Excesse jeder Art, Ueberanstrengungen, schlechte Lebensbedingungen und plötzliche Aenderung der ganzen Lebensweise. Besonders verderblich werden diese äusseren Ursachen dann, wenn sie auf einen Körper einwirken, der entweder in seiner Gesammtheit, oder in seinen einzelnen Organen eine angeborene Schwäche (débilité congénitale) zeigt. Diese muss dann angenommen werden, wenn: 1) ein Missverhältniss zwischen der beobachteten Krankheit und den sie veranlassenden Ursachen, 2) gewisse Hereditätverhältnisse, 3) gewisse Besonderheiten des Organismus (zarte Constitution, enger Thorax, mangelhafte Entwickelung der weiblichen Genitalien u. s. w.) beobachtet werden. Je weniger widerstandfähig ein Körper ist, d. h. je mehr diese angeborene Schwäche ausgebildet ist, desto geringere Reizungen genügen, um ihn in einen krankhaften Zustand zu versetzen. K. trennt streng 2 Typen, nach denen die Degeneration von Familien vor sich gehen kann: 1) le type des troubles cardiaques et renaux, 2) le type des affections pulmonaires et gastro-intestinales.

Handelt es sich um schwere Herz- und Nierenerkrankungen, namentlich bei jugendlichen Individuen, so finden sich fast immer in deren jüngster Vorgeschichte derartige Krankheiten, dagegen können sich, zumal in weniger ausgeprägten Fällen, in früheren Generationen hauptsächlich auch nervöse und psychische Störungen, sowie arthritische Diathese (Fettsucht, Gicht, Rheumatismus) und Combinationen beider (als Neurarthritismus bezeichnet) finden. Die Schwere der Erscheinungen nimmt von Generation zu Generation zu, indem sich einfache nervöse Störungen, arthritische Diathese, angeborene Schwäche des Cirkulationapparates und der Nieren in der Descendenz in wachsender Schwere folgen. K. dehnt seine Ansicht so weit aus, dass er der Meinung ist, dass das Auftreten einer Nephritis nach Scharlach, eines Herzfehlers bei Rheumatismus nur durch eine angeborene Schwäche dieser Organe zu erklären sei.

Streng hiervon zu trennen ist die fortschreitende Degeneration auf Grund angeborener Schwäche des Respiration- und Gastro-Intestinalapparates. Diese entwickelt sich von Generation zu Generation auf Grund nervöser Einflüsse und allgemeinen Verfalles der Ernährung. Oft sind die gastro-intestinalen Störungen nur der Ausdruck einer Neurasthenie. Eine Vermischung der beiden aufgestellten Typen kann vorkommen; in den meisten Fällen kann man alsdann eine Kreuzung (hérédité mixte) einer neurarthritischen Familie mit einer solchen von allgemeiner Entartung (famille à déchéance) nachweisen. Es erbt sich dann aber nur ein Typus fort, und zwar herrscht dann meist in den folgenden Generationen der letztere Typus vor, der sich in Erkrankungen des Respirationapparates und Verdauungtractus und allgemeiner angeborener Schwäche äussert.

Die beiden aufgestellten Krankheitgruppen führen in der grössten Mehrzahl der Fälle zur voll-

kommenen Degeneration einer Familie, und zwar sind es die eingangs erwähnten äusseren 3 Veranlassungen: 1) ungünstiges, entbehrungreiches Leben, 2) Excesse aller Art, 3) plötzliche Aenderung der ganzen Lebensweise, auf die K. besonderes Gewicht legt. Die Degenerationerscheinungen setzen sich zusammen aus nervösen Störungen, bez. Neurarthritismus, Verfall der Ernährung, Schwäche der Organe und führen schliesslich zur Ausrottung der degenerirten Familie. Ist die Degeneration noch im Beginne, so kann man hoffen, sie durch Kreuzung mit einer gesunden Familie oder durch Schaffung günstiger Lebensbedingungen aufzuhalten: abzuwenden vermag man sie nicht. Sind die Entartungerscheinungen weit vorgeschritten, so ist die Familie dem sicheren Untergange geweiht.

Herbert Beschorner (Dresden).

37. **Ueber den Kohlenstoffgehalt des Harnes fiebernder Menschen und sein Verhältniss zur Stickstoffausscheidung**; von Dr. Wilh. Scholz. (Arch. f. experim. Pathol. XL. 5 u. 6. p. 326. 1898.)

Nach einer einleitenden Besprechung der hierhergehörigen Thierversuche anderer Autoren berichtet Sch. über seine eigenen Versuchsergebnisse am gesunden und am fiebernden Menschen. Bei annähernd gleicher Stickstoffausscheidung im Harne bewegte sich der Quotient $\frac{C}{N}$ beim Gesunden zwischen den Werthen 0.87—0.95.

Das Fieber war eines Theils durch Tuberkulininjektion erzeugt worden, ferner wurden die Harne zweier Malariakranker, die natürlich nicht mit Chinin behandelt wurden, an den fieberfreien und an den Fiebertagen untersucht, ausserdem wurden bei Kranken mit fieberhafter Angina, bei einem Pneumoniker in der Nähe der Krise und bei 2 Typhuspatienten dieselben Harnuntersuchungen ausgeführt.

In allen Versuchen an Fiebernden ging die Schwankung des Quotienten $\frac{C}{N}$ nicht über die Differenzen hinaus, die auch gesunde Menschen bei constantem Körpergewichte und Stickstoffgleichgewichte darboten; auch gingen die beobachteten Aenderungen des Quotienten $\frac{C}{N}$ keineswegs parallel mit den Temperaturcurven und mit der Temperaturhöhe.

H. Dreser (Elberfeld).

38. **Untersuchungen über den Eiweisszerfall im Fieber und über den Einfluss des Hungers auf denselben**; von L. Krehl u. M. Matthes. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XL. 5 u. 6. p. 430. 1898.)

Für eine qualitative Veränderung des Eiweisszerfalles ist bisher ein sicherer Nachweis nicht erbracht worden. Es gelang Kr. und M. an fiebernden Kr. nachzuweisen, dass deren Urin in fast 90% der Fälle *nicht coagulable,* in die Klasse der *Deuteroalbumosen* gehörige Eiweisskörper enthielt. Bei nicht Fiebernden finden sich Albumosen im Urin nur bei Leuten mit geschwürigen Processen im Magen-Darmkanale.

Bei aseptischen Fiebern, z. B. nach Knochenbrüchen, durch Fibrinfermentintoxikation und ebenso bei den Temperatursteigerungen nach Injektion chemischer Aetzmittel (wie Silbersalpeter oder Jod) traten regelmässig Albumosen im Harne auf, desgleichen nach subcutaner Injektion von Bakterienprodukten, wozu abgetödtete Bouillonculturen von Bact. coli dienten.

Nur nach dem „Wärmestich“, der durch Verletzung gewisser Theile im vorderen Abschnitte des Corpus striatum herbeigeführten *nervösen Hyperthermie fehlten* zum Unterschiede von den echten Fiebern die Albumosen im Urin.

Während bei gesunden Thieren die Injektion von Albumosen nur unsicher Fieber erregte, rief sie bei vorher tuberkulös inficirten Thieren gleichmässig Fieber hervor, was sich Kr. und M. in der Weise erklären, „dass bei den tuberkulösen Thieren das wirksame Princip sicher im Körper des Thieres vorgebildet sei, und nur durch die Albumoseinjektion mobil gemacht und in den Kreislauf gebracht werde“. Bei aseptischen Fiebern war die Stickstoffausscheidung gesteigert, mithin wird mehr Eiweiss zerstört. Diese Stickstoffausscheidung ist nach Albumoseinjektion selbst dann vermehrt, wenn eine Temperatursteigerung nicht eintritt.

Wahrscheinlich ist der Symptomencomplex des Fiebers die Folge einer Vergiftung mit den Produkten eines qualitativ veränderten Eiweisszerfalles.

Ein mehrtägiger Hunger hinderte das Zustandekommen der Temperatursteigerung bei aseptischen Fiebern entweder gänzlich oder doch wenigstens sehr beträchtlich. Dagegen genügte stickstofffreie Kost, um die Fähigkeit des Thierkörpers mit Temperatursteigerung zu reagiren, wieder herzustellen.

H. Dreser (Elberfeld).

39. **Ueber den Einfluss künstlich erhöhter Körpertemperatur auf die Art des Eiweisszerfalles**; von Dr. Alfred Martin. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XL. 5 u. 6. p. 453. 1898.)

Bei den Temperatursteigerungen durch erhöhte Aussentemperatur (Aufenthalt der Versuchsthiere in einem Wärmekasten bei 35—38° C.) und nach dem „Wärmestich“ findet, wenn auch der quantitative Eiweisszerfall vergrössert ist, keine Aenderung des qualitativen Eiweisszerfalles in dem Sinne des Auftretens von Albumosen im Urin statt. Somit ist das Auftreten von Albumosen im Harne Fiebernder nicht der Hyperthermie zuzuschreiben.

H. Dreser (Elberfeld).

40. **Alternirende Veränderungen in der Spannung des Pulses (Allotensio pulsus)**; von W. Janowsky. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. IX. 16 u. 17. p. 677. 1898.)

J. beschreibt eine besondere Abart der Arrhythmie, die auf der Ungleichheit des Charakters der Wellen oder ihrer Spannung beruht. Er glaubt, dass ein derartiger Puls den arrhythmischen zugezählt werden sollte, was bis jetzt nicht der Fall sei, da man unter diesem Begriffe den Puls mit wechselnder Grösse der Wellen, nicht aber mit wechselndem Charakter oder wechselnder Spannung verstehe. Er beschreibt einen Fall von Mitralstenose und -Insufficienz, in dem plötzlich eine heftige Tachykardie auftrat. Die mit dem Sphygmograph von *Dudgeon* aufgenommene Pulscurve zeigte, dass von je 5 Pulsen der 1. und der 3. monokrotisch waren, der 2., 4. und 5. aber hart, während der Puls der Patientin in ruhigen Zeiten stets hart war. Praktisch habe dieses Phänomen wohl keine Bedeutung; theoretisch aber sei es interessant, da es objektiv beweise, dass es Irregularitäten des Pulses geben kann, die sich nur durch Spannungdifferenzen einzelner Wellen äussern.

S. Auerbach (Frankfurt a. M.).

41. **Pathologie générale de la cellule nerveuse; lésions secondaires et primitives**; par Georges Marinesco. (Presse méd. 8. p. 41. 1897.)

M. hat früher bereits auf die verschiedene Art der sekundären und der primären Zellenveränderungen hingewiesen und führt nun seine Ansichten auf Grund neuerer Untersuchungen weiter aus.

Die *sekundären* Zellendegenerationen, also nach Läsionen der Nerven, sind stets dieselben, nur treten sie je nach Species und Alter der Thiere und je nach der Entfernung der Läsion, bez. Durchschneidung des Nerven von seinem Centrum verschieden früh auf. M. unterscheidet bei diesen Zellenveränderungen die Stadien der Reaktion, der Degeneration und der Reparation, soweit sie die achromatische Grundsubstanz, die chromatophile Substanz, und die streifige fibrilläre Substanz in den Zellenfortsätzen betreffen. Er durchschnitt sowohl motorische, wie sensible, wie sympathische Nervenfasern und ebenso die entsprechenden centralen Bahnen und fand, dass die Zellenveränderungen bei centralen Läsionen der Bahnen viel weniger ausgesprochen waren, als bei Läsionen der peripherischen Nerven. Besonders eingehend untersuchte und schildert er die interessanten Erscheinungen während der Phase der restitutio ad integrum der Zellen. Sie waren schon sehr deutlich 24 Tage nach der Nervenverletzung zu sehen und waren besonders charakterisirt durch Hypertrophie und tiefere Färbung der Zellen, letzteres in Folge von Vermehrung der chromatophilen Elemente. M. weist noch darauf hin, dass dieselben Processe sich abspielen, sowohl bei experimentellen Durchschneidungen, wie auch bei Polyneuritiden mit vollkommener Unterbrechung der Nervenbahn durch die Entzündung. Unterschiede hingegen sind zu machen zwischen einer bis zum Centrum aufsteigenden Neuritis und den auf Fernwirkung beruhenden, durch einen Reflexmechanismus zu erklärenden, sekundären Degenerationen der Centren nach peripherisch bleibenden Alterationen. Eine retrograde Degeneration, die nur die Nerven entlang den Zellen immer näher käme, diese aber intakt liesse, giebt es nicht. Auch dieser Degeneration geht eine réaction à distance voraus.

Von primären Zellenveränderungen bespricht M., übrigens hier wie oben unter Beigabe instruktiver Abbildungen, namentlich die nach experimenteller Anämie und Embolie, nach Hundswuth, Botulismus, Tetanus und nach experimenteller akuter Urämie; er zieht Vergleiche zwischen den verschiedenen, hierbei auftretenden Arten der Chromatolyse, der peripherischen, perinucleären und diffusen, der Achromatolyse und der Coagulation des Trophoplasma, sowie der intensiveren Färbbarkeit der achromatischen Substanz, die meist gleichzeitig mit Hyperplasie der Gliazellen einhergeht.

Nachdem er zum Schlusse nochmals die Unterschiede zwischen primären und sekundären Zellenveränderungen hervorgehoben hat, betont er die Wichtigkeit der Zellenpathologie, als Grundlage einer späteren Zellentherapie. A. Boettiger (Hamburg).

42. **Pathologisch-anatomische Befunde bei Delirium tremens, nebst Bemerkungen zur Struktur der Ganglienzellen**; von Dr. E. Trömner. (Arch. f. Psychiatrie XXXI. 3. p. 700. 1899.)

Tr. untersuchte in 7 Fällen von Delirium tremens des Stadt-Irren- und Siechenhauses zu Dresden das Nervensystem gründlich vermittelst der Nissl'schen Färbung, der Weigert'schen Markscheiden- und Gliafärbemethoden und einer Kernfärbung, und zwar fertigte er Schnitte von Spinalganglien, verschiedenen Rückenmarkshöhen, dem Hypoglossus-, Facialis- und Oculomotorius-Kern, vom Kleinhirn und einer grossen Reihe der hauptsächlichsten Grosshirnwindungen. Da Tr. selbst auf seine Resultate vermittelst der Nissl-Methode den grössten Werth legt, schickt er seinen Ergebnissen zunächst eine Beschreibung der normalen Physiognomie der in Betracht kommenden Zellenarten unter Beifügung von Zeichnungen voraus. Nach Mittheilung der einzelnen Fälle fasst er seine Befunde zusammen, einmal bezüglich des Gefässsystems, an dem er Starre der Arterienwandungen, Infiltration der Media, variköse Entartung der Venen, Vermehrung der Leukocyten und capilläre Blutungen fand, ferner bezüglich der Glia, deren Fasern er namentlich am Rindenrand vermehrt fand, während die Zahl der Spinnenzellen in den Randtheilen des Rückenmarkes besonders vergrössert war. Freie Gliakerne waren namentlich in der 2. und 6. Hirnrindenschicht vermehrt. Sodann war das Tangentialfasernetz der Rinde in den vorderen und weniger auch in den mittleren Hirntheilen gelichtet.

Am ausführlichsten schildert Tr. die Zellenveränderungen, die der Spinalganglienzellen, der motorischen Vorderhornzellen, der Purkinje'schen Zellen und der verschiedenen Typen der Grosshirnrindenzellen. In vorsichtig kritischer Weise sieht sich Tr. seine Befunde darauf hin an, ob darunter Kunstprodukte oder Folgen technischer Mängel sind, ob vielleicht einige als Leichenerscheinungen, als Erzeugnisse hinzutretender körperlicher Erkrankungen oder als blose Monstrositäten, wie sie auch bei Gesunden vorkommen können, aufzufassen seien. Unter Berücksichtigung dieser Momente gelangt er zu dem Resultate, dass Zellendegenerationen vorliegen: in Form von centrifugaler Chromatolyse mit Kernerkrankung in den Spinalganglien, den motorischen Vorderhornzellen und den grossen Rindenpyramiden, weniger in den Purkinje'schen Zellen; Verdichtung und Verflüssigung des Zellenchromatins in gewissen Rückenmarks- und Hirngegenden, Vergröberung des Zellengrundnetzes, endlich ausgebreitete Vacuolisirung und Zerbröckelung kleiner Rindenzellen.

Tr. fragt sich weiter, ob diese Befunde specifisch für Delirium tremens seien, wobei eine Abgrenzung gegenüber den Veränderungen bei Paralyse sich als besonders schwierig herausstellt. Wie auch bei den klinischen Bildern, so darf *einzelnen* pathologischen Befunden ein ausschlaggebendes Gewicht nicht beigelegt werden, sondern das Verhältniss der einzelnen Befunde zu einander charakterisirt das anatomische Bild. Dieses wird bei Delirium tremens wahrscheinlich: neben geringem Markfaserschwund reichliche Gliavermehrung der ersten Hirnschicht, ausgebreitete Zellenerkrankung der Rinde *bei intaktem Schichtbau* (im Gegensatze zur Paralyse), diffuse Chromatolyse der grösseren Rindenzellen, centrifugale Chromatolyse mit Wandstellung des Kerns an den motorischen und Spinalganglienzellen, Coagulationvorgänge an den ventralen Zellen des Brust- und Halsmarkes.

Tr. dünkt es wahrscheinlich, dass nicht alle erhobenen Befunde auf Rechnung des Delirium zu setzen seien, sondern ein Theil dem chronischen Alkoholismus, der natürlich gleichzeitig bestanden hatte, zufalle, darunter namentlich die Gefässerkrankungen, die Wucherungen des gliösen Gewebes, theilweise der Markscheidenzerfall und von den Zellenveränderungen besonders die Schrumpfungen. A. Boettiger (Hamburg).

43. **Anatomical findings in a case of facial paralysis of ten days' duration in a general paralytic, with remarks on the termination of the „auditory" nerves**; by Adolf Meyer. (Journ. of experim. Med. II. 6; Nov. 1897.)

Bei einem Paralytiker hatte eine hämorrhagische Infiltration des Periostes des inneren Gehörganges zu einer Invasion und Compression der Gehör-Zellen und -Nerven und weiter auch des Facialis geführt. 10 Tage nach Beginn der Facialislähmung zeigten Facialis-Kern und -Nerv, nur auf der gleichen Seite der Lähmung die typischen Veränderungen der Reaktion auf peripherische Läsionen, wie sie von Nissl und Anderen beschrieben worden sind. Der Kern der anderen Seite war intakt, Kreuzung der Facialisfasern liess sich demnach nicht feststellen. Die Endkerne des Acusticus, der dorsale, wie der ventrale, zeigten wohlumschriebene Infiltration mit Neurogliazellen, während der Deiters'sche Kern fast vollständig frei war. Auch die centralen Gehörnervenzellen waren in der Gegend der Infiltration leicht verändert. Es scheint demnach der Deiters'sche Kern relativ unabhängig von den Endigungen des Gehörnerven zu sein.
A. Boettiger (Hamburg).

44. **Demonstration of various types of changes in the giant cells of the paracentral lobule**; by Adolf Meyer. (Amer. Journ. of insan. LIV. 2. 1897.)

M. schildert Veränderungen von Ganglienzellen, die er vermittelst der Nissl-Methode im Paracentrallappen verschiedener Gehirne gefunden hat. Der 1. Fall betrifft die sogenannte einfache Pigmentatrophie nach und in Folge von Arteriosklerose, wie sie auch sonst bei seniler Demenz beschrieben worden ist, zwei Krankheiten, die sich klinisch und anatomisch ziemlich nahe stehen. Im 2. Falle handelt es sich um senile Melancholie, bei der die Zellen theilweise Pigmentatrophie, theilweise als Läsion nach Unterbrechung der Nervenfortsätze Verminderung der Granula und eigenthümliche wirbelartige Anordnung derselben zeigten. Der 3. Fall demonstrirt die Folgen einer hämorrhagischen Pachymeningitis für die darunterliegenden Rindentheile, wahrscheinlich rein mechanische Druckerscheinungen. Der 4. Fall betrifft einen Mann mit florider sekundärer Lues, der Erscheinungen einer Meningitis dargeboten hatte, und der letzte endlich zeigte den Symptomencomplex einer hysterischen Geistesstörung mit choreiformen und convulsivischen Manifestationen und grosser motorischer Unruhe und Verwirrtheit. Für alle diese Zellenveränderungen bringt M. schöne Abbildungen, auf die hiermit verwiesen sei.
A. Boettiger (Hamburg).

45. **Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Mikrogyrie**; von Dr. Bresler. (Arch. f. Psychiatrie XXXI. 3. p. 566. 1899.)

B. theilt 2 Fälle von Mikrogyrie mit, die nicht gleichwerthig sind, vielmehr grundsätzliche Verschiedenheiten darbieten, wie sie sich auch in anderen Fällen der Literatur wieder finden. Es ist daher aus rein wissenschaftlichen Gründen (praktische kommen kaum in Betracht) angezeigt, zwei Gruppen von einander zu trennen, für deren eine Br. den Namen Mikrogyrie beibehalten will, für deren andere er die Bezeichnung Ulegyrie = Narbenwindung vorschlägt. Denn während in den echten Fällen von Mikrogyrie die kleinen Windungen ihren natürlichen inneren Aufbau bewahren, obwohl die Form etwas verändert ist, sind bei der zweiten Gruppe die erkrankten Windungen gänzlich difformirt, in ihrer inneren Zusammensetzung gänzlich destruirt und durch und durch narbig verändert.

Die Ursache der ersteren Form von Mikrogyrie vermuthet Br. in mechanischen Momenten, namentlich in Druck auf die Windungen durch subdurale exsudative Meningitiden während der Entwickelung des Gehirns, während bei der Ulegyrie sub-

piale entzündliche Leptomeningitiden mit Uebergreifen auf die Windungen wahrscheinlicher in Betracht kommen sollen. Br. verhehlt sich aber selbst einige Bedenken nicht, die seinen Hypothesen entgegengehalten werden können.

A. Boettiger (Hamburg).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

46. **The clinical effect of thyreoid extract upon fibroid tumors of the uterus**; by W. M. Polk, New York. (Med. News LXXIV. 2. p. 33. Jan. 14. 1899.)

Im Ganzen hat P. 10 Fibromyome der Gebärmutter mit Schilddrüsenextrakt behandelt, und zwar alle über 1 Jahr lang, mit Ausnahme eines Falles, in dem Magenbeschwerden zum Aussetzen des Mittels zwangen. In sämmtlichen anderen Fällen sah P. eine Besserung, die am meisten bei denen anhielt, die das Mittel am längsten nahmen. Die Wirkung bestand in einer Abnahme der Blutungen, Stillstand des Wachsthums, in einigen Fällen Verkleinerung und Weicherwerden der Geschwulst, Abnahme der Schmerzen und Besserung des Allgemeinbefindens. Störend waren bei der Behandlung bisweilen Magenstörungen, Herzklopfen, Ruhelosigkeit und Schlaflosigkeit, sowie Verdauungsstörungen, doch waren diese Hindernisse, ausser in dem einen Falle, zu überwinden. Eine Frau wurde während der Behandlung schwanger. Die Entbindung war eine normale. Eine Gegenanzeige gegen den Gebrauch des Mittels sieht P. in Arteriosklerose, Herz- und Nierenerkrankungen.

P. sieht das Schilddrüsenextrakt als ein wirksames Palliativmittel, wie die Ausschabung und in manchen Fällen das Ergotin an, welch' letzteres oft unangenehme Wirkungen auf Magen, Darm und Herz hat. Bisweilen kann es nützlich sein, die Ausschabung der Schilddrüsenkur vorangehen zu lassen, bisweilen kann man auch mit Ergotin und Schilddrüsenextrakt abwechseln. In letzter Zeit hat P. gleichzeitig mit bestem Erfolge Arsen (3mal 3 Tropfen Sol. Fowl. täglich) gegeben. Am besten scheint die Schilddrüsenextraktwirkung bei den reinen Myomen zu sein, zwei Fibroide zeigten nach anfänglicher Abnahme der Grösse später wieder Wachsthum. J. Praeger (Chemnitz).

47. **Ueber den Gebrauch des Thyreoidin bei Entfettungskuren**; von Nicolai Schiödte. (Arch. f. Verdauungskrankh. V. 1. p. 1. 1899.)

Auf Grund einer in der med. Universitätklinik zu Kopenhagen sorgfältig durchgeführten Beobachtung kommt Sch. zu der Ueberzeugung, dass das Thyreoidin zweifellos im Stande ist, das Körpergewicht herabzusetzen und dass diese Wirkung ausschliesslich durch eine Vermehrung der Fettverbrennung zu Stande kommt. Giebt man nicht gar zu viel Thyreoidin (circa 20 cg pro dosi) und giebt man den Kranken bei der zur Verstärkung der Wirkung nöthigen Unterernährung, reichlich Eiweiss, so ist man im Stande, jedes Stickstoffdeficit zu vermeiden. Erforderniss für jede derartige Kur ist ein kräftiges Herz; bei den ersten Herzstörungen höre man auf. Der Harn muss regelmässig auf Eiweiss und Zucker untersucht werden. Dippe.

48. **Das Bluttrinken und die modernen Blutpräparate**; von Dr. W. Rosenstein. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17. 1899.)

R. spricht sich sehr energisch gegen den Unfug aus, der seit langer Zeit mit den Blutpräparaten getrieben wird. Er hat in dem pharmakologischen Laboratorium des Prof. L. Lewin folgende Präparate spektroskopisch untersucht: *Radlauer's* Hämoglobinpastillen, *Nardi's* Hämoglobin, *Pfeuffer's* Hämoglobinsyrup und Hämoglobinzeltchen, *Hommel's* Hämatogen, Fortuna-Hämatogen, *Thener's* Hämoglobin-Albuminat, Dynamogen, Ferrohämin-*Hertel, Dahmen's* Hämalbumin, Hämoglobinum-*Merck*, Hämogallol-*Kobert*, Hämol-*Kobert*, Sanguinoform, *Krewel's* Sanguinalmedikamente. Kein einziges dieser Präparate besteht aus reinem Blut, kein einziges zeigt die Zusammensetzung, die in den pompösen Reklamen versprochen und gerühmt wird, viele enthalten überhaupt keinen Blutfarbstoff oder wenigstens nicht in der Form, in der sie ihn enthalten sollen — kurzum, es ist viel Lüge und Betrug dabei, aber auch erschrecklich viel Dummheit, denn die Empfehlung der Blutpräparate als blutbildende Mittel beruht auf ganz falschen Voraussetzungen; das Bluteisen wird, unter die Haut oder in eine Vene gespritzt, zweifellos resorbirt, seine Aufnahme vom Magen her ist durchaus noch nicht bewiesen und wird von Vielen ganz und gar geleugnet. Wir kommen mit unseren schönen Blutpräparaten auf den alten Blödsinn zurück, die Bleichsüchtigen Blut trinken zu lassen, und es ist hohe Zeit, dass dem gemeingefährlichen Unfug ein Ende gemacht wird.

[R. hätte der Reklame noch etwas kräftiger zu Leibe gehen sollen. Dieselbe Nummer der Deutschen med. Wochenschrift, die mit seinem beherzigenswerthen Aufsatze beginnt, endet mit der üblichen Hämatogen-Seite und empfiehlt dringend noch einige andere der geschmähten Blutpräparate. Da liegt die Hauptschuld! Die Aerzte werden dadurch, dass die „wissenschaftlichen“ Zeitschriften ohne jede Kritik alle, auch die verlogensten Reklamen aufnehmen, von ihren Kranken geradezu gezwungen, das albernste Zeug zu verordnen.]

Dippe.

49. **Ueber die Wirkung des Dionin**; von G. Schröder. (Therap. d. Gegenw. N. F. I. 3. p. 113. 1899.)

Neben Codein und dem wohlbewährten Peronin hat man in der Lungenheilanstalt Hohenhonnef ein neues Ersatzmittel des Morphium angewandt und brauchbar befunden, das von *E. Merck* hergestellte *Dionin*, die salzsaure Verbindung des Morphinäthyläthers. Das Mittel ist leicht löslich, von angenehmem Geschmack, es lindert den Hustenreiz und bewirkt sanften Schlaf; es ist stärker als das Codein und hat keine besonderen Nebenwirkungen. Man giebt:

Dionin 0.3
Aq. destillat. . . . 60.0
M. D. S. täglich 1—2 Theelöffel

oder Dionin 0.3
Aq. amygdal. amar.
Aq. destillat. ana . . 5.0
M. D. S. Abends 20 Tropfen

oder Dionin 0.3
Aq. destillat. . . . 10.0
M. D. S. Abends 1 Spritze zu injiciren.

Dippe.

50. **Klinische Beobachtungen über die antidyspnoische Wirkung des Oxycamphers (Oxaphor)**; von Richard Jacobson. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 16. 1899.)

Die Mittheilung stammt aus der Klinik Senator's. 18 Kr. erhielten entweder Oxycampher als Pulver (2—3mal täglich 0.5 g) oder in alkoholischer Lösung (Oxaphor). Der Erfolg war entschieden gut, indem bei der Mehrzahl der Kranken, gleichgültig, ob Lungen, Herz oder Nieren leidend waren, eine deutliche Verminderung der vorhandenen Athemnoth eintrat. Dippe.

51. **Ueber Euchinin gegen Tussis convulsiva**; von Dr. Cassel in Berlin. (Therap. Monatsh. XIII. 4. 1899.)

C. hat das von v. Noorden empfohlene Euchinin (durch Einwirkung von chlorkohlensaurem Aethyl auf Chinin entstanden) bei Keuchhusten angewandt und hat gefunden, dass 0.5 bis 1.0 pro die ohne jeden Nachtheil gut vertragen werden, und dass in uncomplicirten fieberlosen Fällen das Leiden erleichtert und wohl auch abgekürzt wird. Dippe.

52. **Ueber die Leistungen des Orexinum tannicum bei der Bekämpfung der Anorexie im Kindesalter**; von Dr. F. Siegert. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 20. 1899.)

S. hat das Orexin in der Strassburger Kinderklinik vielfach angewandt und ist von seinem grossen Nutzen unbedingt überzeugt. Man giebt 0.25—0.5 g 1—2 Stunden vor der Mahlzeit; nach einigen Tagen stellt sich ein vortrefflicher Appetit, „nicht selten ein wahrer Heisshunger“ ein.

In der Wien. med. Wchnschr. (XLIX. 9. 1899) empfiehlt Dr. J. Arnold Goldmann in Wien das Orexin seiner Erfahrung nach dringend und lobt für Kinder namentlich auch die wohlschmeckenden Orexin-Chokolade-Tabletten. Dippe.

53. **Extractum Aspidii spinulosi, ein neues Mittel gegen Bandwurm**; von Dr. Walter Laurén in Helsingfors. (Therap. Monatsh. XIII. 4. 1899.)

Das Extrakt des Aspidium spinulosum, eines in Europa weit verbreiteten Farns, scheint eben so wie das bekannte Extrakt des Aspidium Filix mas stark anthelminthisch zu wirken. Es wird in Finland bereits häufig angewandt und wirkt nach L.'s Erfahrungen bereits zu 3—4 g ohne Unannehmlichkeiten sehr sicher. *E. Merck* in Darmstadt hat das Extract. Aspidii spinulosi vorräthig. Dippe.

54. **Ueber die äussere Anwendung der Salicylsäure**; von Dr. A. W. K. Müller. (Therap. d. Gegenw. I. 4. 1899.)

M. hat in der Mosler'schen Klinik die namentlich von französischen Aerzten empfohlene äusserliche Anwendung der Salicylsäure bei dem Gelenkrheumatismus geprüft und glaubt sie entschieden empfehlen zu können. Als bestes Vehikel erwies sich das Vasogen. Mit dem Vasogenum spissum kann man eine 10(—20)proc. Salicylsalbe herstellen, die die Salicylsäure (zu etwa 50%) leicht und sicher an den Körper abgiebt, ohne die Haut zu sehr zu reizen oder andere unangenehme Erscheinungen hervorzurufen. Man bestreicht die kranken Gelenke und wenn nöthig ganze Glieder und deckt eine etwa 1 cm dicke Schicht nicht entfetteter undurchdringlicher Watte (Polsterwatte) darüber. Der Erfolg war auffallend gut, namentlich auch bei solchen Kranken, die bereits reichlich und ohne rechten Nutzen innerlich Salicylsäure genommen hatten. Hierdurch entstandene Magen-Darmstörungen schwanden, während die Gelenke abschwollen und frei wurden. M. glaubt diese günstige Wirkung so erklären zu können, „dass eine kleinere Menge Salicylsäure im Körper kreist, aber eher an den erkrankten Partien ihre antizymotische Wirkung entfalten kann, weil sie, sonst an Alkali gebunden, eher durch den Kohlensäureüberschuss frei wird, der in den Geweben zumal bei gleichzeitiger Entzündung vorhanden ist“. Die durch den Verband erzeugte Wärme und Blutfülle sind sicherlich auch von Bedeutung.

M. hat auch bei chronischem Gelenkrheumatismus und in 4 Fällen von Ischias Gutes gesehen. Dippe.

55. **Aspirin, ein neues Salicylpräparat**; von Dr. Kurt Witthauer. (Die Heilkunde. Sond.-Abdr.)

Das von *Friedrich Bayer u. Comp.* in Elberfeld hergestellte Aspirin ist eine Verbindung von Essigsäure und Salicylsäure, es geht unverändert durch den Magen und spaltet sich erst in dem alkalischen Darminhalte. Damit hängt es wohl zusammen, dass das nicht schlecht schmeckende Mittel auch bei langem Gebrauch gut vertragen wird. Nach W.'s Erfahrungen wirkt es zu 4—5 g täglich sicher und ohne unangenehme Nebenerscheinungen.

Dippe.

56. **Weitere Mittheilungen über den Gebrauch von Orthoform**; von Dr. Kindler. (Fortschr. d. Med. XVII. 7. 1899.)

Wie im Kehlkopfe, so wirkt nach K. das Orthoform auch im Magen nur dann schmerzstillend, wenn ein Geschwür oder ein zerfallener Krebs vorhanden ist, bei erhaltener Schleimhaut, bei katarrhalischen Zuständen erregt es nur unangenehme Empfindungen. Dieser Unterschied ist so regelmässig und feststehend, dass er nach K. sehr wohl für die Diagnose verwendet werden kann.

Bei Magengeschwür oder -Krebs lässt man drei Messerspitzen basischen Orthoforms, in einem Glase Wasser aufgeschwemmt, langsam trinken. Der Magen muss leer sein, die Flüssigkeit muss durch Wechseln der Körperlage überall hin vertheilt werden, dann tritt, vorausgesetzt, dass das Geschwür keinen gar zu dicken Belag hat, nach etwa 10 Minuten die Wirkung ein. Dippe.

57. **Klinische Erfahrungen über 2 Ersatzmittel des Jodoforms: Amyloform und Jodoformogen**; von Dr. A. Heddaeus. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 12. 1899.)

Das *Amyloform* ist eine Verbindung von *Formaldehyd mit Stärke;* es ist in allen Lösungsmitteln unlöslich und wird stets als Streupulver angewendet. Nach seinen Erfahrungen hält H. das Amyloform für ein durchaus empfehlenswerthes, antiseptisch wirkendes Streupulver, das in sehr vielen Fällen das Jodoform zu ersetzen im Stande ist und das durch seine absolute Reizlosigkeit den Vorzug vor vielen der neueren Antiseptica verdient. Seine hauptsächlichste Wirkung ist die Beförderung der Reinigung eiternder Wunden und deshalb dürfte es bei flächenhaften eitrigen Processen seine Hauptanwendung finden.

Das *Jodoformogen* wurde ebenfalls stets als Streupulver angewendet. Es hat ausgesprochene antiseptische Eigenschaften, eine stark sekretionbeschränkende Wirkung, regt zur Granulationenbildung an und hat einen specifischen Einfluss auf tuberkulöse Processe. P. Wagner (Leipzig).

58. **Ueber Mischnarkosen.** *Eine Experimentaluntersuchung;* von Dr. F. Honigmann. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 3. p. 730. 1899.)

H. bespricht zunächst die bisher vorliegenden Untersuchungen über *Mischnarkosen* und ganz besonders auch die von Schleich empfohlenen Mischungen, bei denen dieser von dem Grundsatze ausgeht, Narkotica herzustellen, deren Siedepunkt der Körpertemperatur des zu Narkotisirenden entspricht. Nach den Untersuchungen H.'s müssen die Behauptungen Schleich's von der Verschiebung der Siedepunkte für irrthümlich erklärt werden und seine auf diese Voraussetzung gegründete Theorie von dem Einflusse des Siedepunktes des Narkoticum auf die Gefährlichkeit der Narkose muss als unrichtig und praktisch werthlos angesehen werden.

H. hat dann selbst eine Reihe von Versuchen mit *Mischnarkosen* mittels der *Kionka*'schen Narkotisirungapparate an Kaninchen angestellt. Die Ergebnisse waren folgende: 1) Bei gleichzeitiger Inhalation von Chloroform- und Aetherdämpfen können schon sehr geringe procentische Mengen beider Anästhetica genügen, um eine tiefe Narkose herbeizuführen. 2) Die Dampfgemische wirken meist ungünstig auf die Athmung. Dieses zeigt sich in häufig auftretenden leichten oder schwereren Asphyxien. Letztere können mitunter schon bei Beginn der Narkose zum Tode führen. 3) Die Dampfgemische lassen den Blutdruck beinahe unverändert. 4) Der Tod erfolgt bei der Narkotisirung mit Aether-Chloroformdampfgemischen stets durch primären Athmungsstillstand, dem erst oft nach mehreren Minuten der Herzstillstand folgt. 5) Vor der einfachen Chloroform- oder Aethernarkose hat die mit dem Aether-Chloroformdampfgemenge herbeigeführte Anästhesie den Vorzug, dass sie mit geringeren Mengen beider Mittel in gleicher Stärke erzielt werden kann. Vor der einfachen Chloroformnarkose hat sie ferner den Vorzug, dass sie günstiger als diese auf den Blutdruck wirkt und dass sie nach ihrer Einleitung mit höheren Dosen auch bei Anwendung geringerer Concentrationen fortgeführt werden kann; dagegen hat sie den Nachtheil, die Sekretion der Schleimhäute anzuregen, wenn auch nicht annähernd in demselben Grade wie die Aethernarkose. Dieser gegenüber hat sie wiederum den Nachtheil, viel ungünstiger auf die Athmung zu wirken, so dass bei der Mischnarkose auftretende Asphyxien häufiger zum Tode führen, während sie bei der einfachen Aethernarkose durch Vornahme der künstlichen Athmung in der Mehrzahl der Fälle beherrscht werden können. P. Wagner (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

59. **Neuere Arbeiten über Unfallsnervenkrankheiten**; von Dr. L. Bruns, Nervenarzt in Hannover.

1) *Die Untersuchung und Begutachtung bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems.* Ein Leitfaden für Praktiker; von Paul Schuster. (Berlin 1899. S. Karger. 196 S. 5 Mk.)

2) *Unfallsneurosen;* von L. Bruns. (Encyklopäd. Jahrbb. VIII. 1898.)

3) *Traumatic neuroses;* by Morton Prince. (The American System of practical medicine. Philadelphia and New York 1898. Lea Brothers.)

4) *The pathology, genesis and development of some of the more important symptoms in traumatic hysteria and neurasthenia;* by Morton Prince. (Boston med. and surg. Journ. CXXXVIII. 22. 23. 24. 1898.)

5) *Casuistische Beiträge zur Frage der funktionellen Unfallnervenkrankheiten (traumatische Neurosen);* von F. Egger. (Jahresber. d. allgem. Poliklinik. Basel 1898.)

6) *Gewohnheitscontraktur und Gewohnheitslähmung;* von C. Thiem. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. V. 2. p. 58. 1898.)

7) *Ein Fall von sogenannter Ehret'scher Lähmung;* von Wolff. (Ebenda V. 12. p. 420. 1898.)

8) *Pseudospastische Parese;* von Kissinger. (Ebenda VI. 3. p. 73. 1899.)

9) *Note sur deux cas d'hystérie consécutifs à un traumatisme;* par Vidal. (Gaz. hebd. XLV. 86. p. 1021. 1898.)

10) *Four cases of insanity after injury to the head, with observations relative there to;* by Goodall. (Lancet Dec. 10. p. 1540. 1898.)

11) *Névrite hystéro-traumatique;* par Moty. (Belg. méd. VI. 10. p. 289. 1898.)

12) *Un cas de névrose traumatique grave;* par De Buck et De Moor. (Ibid. VI. 3. p. 65. 1898.)

13) *Traumatische Hysterie;* von Egger. (Jahresber. d. allgem. Poliklinik. Basel 1898.)

14) *Ueber die Anwendung einer neuen Methode der Untersuchung bei nervösen Erkrankungen nach Unfall;* von Röder. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 49. 1898.)

15) *Simulation von Blutbrechen und Hämaturie bei einem Unfallkranken;* von Strümpell. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. V. 4. p. 92. 1898.)

16) *Hysterisch-traumatische Neurose, anfänglich unter dem Bilde von Dementia paralytica verlaufend, später simulirt;* von G. Haag. (Ebenda VI. 3. p. 78. 1899.)

17) *Ein neues und sicheres Verfahren, mit Hülfe des einfachen Prismas monoculare Diplopie zu erzeugen und seine Anwendung zur Untersuchung einseitiger simulirter Blindheit;* von S. Baudry. (Wien. klin. Wchnschr. X. 41. 1897.)

18) *Ueber das Auftreten von Hirngeschwülsten nach Kopfverletzungen;* von Adler. (Arch. f. Unfallhkde. II. 1898.)

19) *Ueber Gehirntumoren nach Kopfverletzungen;* von M. Laehr. (Charité-Annalen XXXIII. p. 768. 1898.)

20) *Poliomyelitis anterior acuta nach Unfall;* von Franke. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. V. 3. p. 74. 1898.)

21) *Primary focal haematomyelia from traumatism. A frequent but ofter unrecognised form of spinal-cord injury;* by Pearce Bailey. (New York med. Record LIV. 21. p. 731. Nov. 19. 1898.)

22) *Ueber die Combination nervöser Unfallfolgen mit anderen Nervenkrankheiten;* von Gumpertz. (Aerztl. Sachverständ. Ztg. IV. 16. p. 321. 1898.)

23) *Ein reiner Fall von gewaltsam (traumatisch) entstandener Rautenmuskellähmung;* von G. Jorns. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 2. p. 55. 1899.)

24) *Eine seltene Nervenverletzung nach Betriebsunfall;* von Görtz. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 39. 1898.)

25) *Isolirte Lähmung des Nervus axillaris;* von F. Egger. (Jahresber. d. allgem. Poliklinik. Basel 1897.)

26) *Doppelseitige Kappenmuskellähmung;* von C. Thiem. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. V. 4. p. 106. 1898.)

27) *Ueber Störungen der Harnbeschaffenheit bei Unfallverletzten; insbesondere über Eiweissharnen nach Kopfverletzungen;* von C. Thiem. (Ebenda V. 10. p. 343. 1898.)

Das Jahr 1898 hat 3 umfassende allgemeine Abhandlungen über die Unfallsnervenkrankheiten gebracht, die von Schuster (1), Bruns (2) und von Morton Prince (3). Die beiden letzteren Arbeiten befassen sich nur mit den Unfallsneurosen, Schuster (1) zieht auch die traumatisch bedingten organischen Nervenkrankheiten mit heran. Er will mit seinem Buche vor Allem die Untersuchung und damit die Diagnose bei den Unfallsnervenkrankheiten erleichtern; dann hat er der Simulationfrage besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Im Ganzen kann man jedenfalls sagen, dass das Buch der gestellten Aufgabe entspricht; über Einzelheiten lässt sich natürlich auf diesem so schwierigen Gebiete streiten. Das Capitel über die Feststellung des Status praesens ist ganz besonders ausführlich geschrieben; es enthält einen ziemlich vollständigen Abriss des gesammten neuropathologischen Untersuchungverfahrens; manches hier Erwähnte kommt wohl kaum jemals bei den Unfallsnervenkrankheiten in Betracht; aber man muss immer bedenken, dass das Buch für den allgemeinen Praktiker, weniger für den ausgebildeten Neurologen geschrieben ist.

Im 1. Capitel: „Gesetzliches“ weist Schuster mit Recht darauf hin, wie wichtig es wäre, schon bei den ersten Festsetzungen über den Unfall einen ärztlichen Sachverständigen *in jedem Falle* zuzuziehen und seinen Befund zu den Akten zu geben; diese Forderung hat früher Jolly besonders vertreten. Der Aufnahme der Anamnese, Capitel 2, muss besondere Sorgfalt gewidmet werden, doch sind die Angaben der Patienten nur mit Vorsicht zu gebrauchen; über erbliche Disposition zu Nervenkrankheiten wissen sie oft wirklich nichts oder sie wollen nichts angeben, weil sie sich damit zu schaden glauben. Der Alkoholismus ist ein sehr wichtiger prädisponirender Faktor für die Entstehung einer Unfallsneurose; die Syphilis schlägt Schuster in dieser Beziehung gering an. Wichtig sind auch gewerbliche Vergiftungen. Man kann immer schwere Unfallsfolgen vermuthen, wenn der Unfall Bewusstlosigkeit hervorgerufen hat; leider findet sich auch darüber in den Akten selten etwas Bestimmtes; die Patienten geben dagegen fast in jedem Falle an, bewusstlos gewesen zu sein.

In dem, wie erwähnt, sehr ausführlichen Capitel über die Untersuchung fällt als anerkennenswerth auf, dass Schuster in allen nicht so ganz sicheren Fällen die Hinzuziehung z. B. des Augen-, bez. Ohrenarztes empfiehlt. Namentlich die Untersuchungmethoden des Ohrenarztes kann der Neurologe und der allgemeine Praktiker kaum beherrschen. Menière'sche Symptome sind doch wohl nach Unfällen, speciell Basisbrüchen, nicht so selten wie Schuster annimmt. Dass die Fuchs'sche Methode, simulirtes Zittern zu erkennen, nicht einwandsfrei ist, hat *Ref.* schon früher hervorgehoben. Dass man *niemals* nach einer Untersuchung Verlust der Patellarreflexe annehmen soll, ist doch wohl etwas zu weit gegangen; gerade bei der Tabes mit ihrer Atonie ist das meist möglich; aber es ist sicher richtig, dass Schuster hervorhebt, dass die Untersuchung auf die Patellarreflexe nicht so leicht ist, wie die meisten Praktiker sich denken. Auch bei ganz unverdächtigen Patienten kann man es erleben, dass sie, wenn man bei der Tastgefühlsprüfung in raschem und

ganz gleichmässigem Tempo verfährt, mit „Jetzt“ reagiren, auch wenn einmal gar kein Reiz erfolgt ist oder eine anästhetische Stelle berührt wurde; das ist also kein Beweis für die Simulation (p. 93). Es kommt darauf an, die Reize möglichst arrythmisch zu appliciren, was Sch. übrigens auch später selber hervorhebt.

Dass in den meisten Fällen, namentlich in solchen, in denen schon vielfache Gutachten und Untersuchungen vorliegen, eine klinische Beobachtung zur Begutachtung nöthig ist, betont auch Schuster mit Recht wieder und man kann das, was er über die Art dieser Beobachtung und ihre Bedeutung für die einzelnen Symptome der Unfallsneurosen sagt, so ziemlich in allen Theilen anerkennen. Auch in dem ausführlichen Capitel über die Simulation fällt es angenehm auf, dass Schuster immer wieder hervorhebt, wie schwer es ist, Simulation mit Sicherheit zu erkennen, wie Vieles, was der Unerfahrene unbedingt dafür hält, auch bei ganz unverdächtigen Nervenkranken vorkommt. Volle Simulation hat er nur in $^1/_3$—$^2/_3$% seiner Fälle gesehen.

Sehr bemerkenswerth sind die mehr technischen Rathschläge für die Gutachtenabfassung. *Ref.* muss nur immer wieder hervorheben, *dass der Gutachter nach seiner Ansicht nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet ist, im Zweifelfalle zu sagen: ich weiss nicht, ob der Explorand simulirt oder krank ist;* dass die Gerichte mit einem solchen Gutachten nichts anfangen können, geht uns gar nichts an. *Wir haben die Wahrheit zu erforschen und, wenn wir das nicht können, haben wir das einzugestehen und damit wenigstens die Wahrheit zu sagen.*

Zum Schlusse bringt Schuster noch eine Anzahl interessanter Gutachten.

[Bruns (2) giebt auf 66 Seiten eine durch Klarheit, wie durch die ruhige Sachlichkeit der Kritik ausgezeichnete Darstellung der „Unfallsneurosen“, zu denen er die nach Unfällen eintretenden eigentlichen Neurosen, die Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, die einfachen Psychosen, sowie die Mischformen aller dieser Erkrankungen rechnet, bei Ausschluss aller auch klinisch als „organisch“ zu bezeichnenden Symptomencomplexe.

Nach kurzer historischer Darstellung der Wandlungen in den ärztlichen Anschauungen, wird zunächst die Aetiologie eingehend besprochen, wobei Br. unter Anerkennung des Vorkommens feiner anatomischer Veränderungen, der Arteriosklerose, encephalitischer Processe den Schwerpunkt auf den psychischen Shock und die sich an den Unfall anschliessenden Vorstellungen legt und in dem gesammten Verfahren um die Rente den Faktor sieht, der den psychisch abnormen Zuständen die Dauer verleiht.

In der Symptomatologie werden unter Anführung vorwiegend eigener Beispiele die einzelnen krankhaften Erscheinungen der Reihe nach durchgenommen; es seien daraus nur Einzelheiten hervorgehoben, um Br.'s Standpunkt bestimmten Fragen gegenüber zu illustriren.

Bei „Reflexepilepsie“ handelt es sich wohl meist um Hysterie; dem Mannkopff'schen Symptom kommt wegen seiner Inconstanz kein grosser diagnostischer Werth zu; Hautanästhesien sind immer hysterischer Natur, desgleichen die dauernd oder temporär gleichmässige Einengung des Gesichtsfeldes; die Untersuchung der Gesichtsfelderholung im Dunkelraume kann diagnostisch wichtig sein in der Frage der Simulation. Das Vorhandensein von Tremor bei der Untersuchung, der in der Ruhe schwindet, kann nicht für die Annahme von Simulation verwerthet werden. Krankhafte Erscheinungen von Seiten des Herzens erfordern als wichtiges Zeichen der Unfallsneurosen besondere Beachtung, namentlich in prognostischer Hinsicht.

Der Abschnitt: „Diagnose, Simulation und Uebertreibung“ erscheint besonders gelungen und in den praktischen Anweisungen zur ärztlichen Stellungnahme erschöpfend.

Die Prognose quoad sanationem ist im Ganzen eine ungünstige, eine volle Heilung jedenfalls selten; das Leben wird nur in den Fällen mit Entwickelung von Herz- und Gefässveränderungen verkürzt.

In der Therapie wird mit Recht der Nachdruck auf die prophylaktische Fürsorge gelegt, dass nach dem Unfall seitens des erst behandelnden Arztes die hypochondrischen Vorstellungen im Keime erstickt werden, dann, dass das Rentenfestsetzungverfahren beschleunigt und, wenn möglich, ein Ausweg gefunden werde, der das spätere Control-Nachverfahren thunlichst einschränkt.

Als das eigentliche Heilmittel hat die Arbeit zu gelten, und zwar eine produktive und dem Kranken nutzenbringende Arbeit (ein Punkt, an dem noch so gut wie Alles zu thun ist).

Ein ausgedehntes Literaturverzeichniss beschliesst die Abhandlung, die als ein zuverlässiger Wegweiser in dem schwierigen Gebiete der Begutachtung der Unfallsneurosen zu gelten hat und das Facit unseres heutigen Wissens in der Frage in glücklicher Weise zieht. A. Hoche (Strassburg).]

Die Abhandlung von Morton Prince (3), die im American System of practical medicine erschienen ist, enthält ausserordentlich viel theoretisches, namentlich psychologisches Material. *Ref.* kann den Ausführungen Pr.'s, speciell über die Genese der traumatischen Neurosen, nicht in allen Theilen zustimmen, eine Kritik aber würde zu weit führen (doch siehe Nr. 4). Genug, dass Strümpell's wichtige „Begehrungsvorstellungen“ gar nicht erwähnt werden; die Processverhandlungen führt Pr. allerdings als die Prognose schädigend an. Das physische Trauma wird von ihm in ätiologischer Beziehung sicher zu sehr unterschätzt. Die traumatischen Neurosen zerfallen in Neurasthenie, Hysterie, Hysteroneurasthenie; Psychosen

im engeren Sinne erwähnt Pr. nicht. Dass nach Verletzungen beim Fussballspiel traumatische Neurosen nicht vorkommen, stimmt mit der Unschädlichkeit der deutschen Studentenmensuren in dieser Beziehung überein. Der Heredität legt Pr. mit Recht wenig ätiologische Bedeutung bei. Richtig ist auch, dass die hartnäckigen Rückenschmerzen in diesen Fällen meist doch rein nervöser Natur sind; selten jedenfalls die Folge einer wirklichen Knochenerkrankung fortschreitender Natur. Der Abschnitt über Symptomatologie bietet gar nichts Neues. Trotz Pr.'s ist es sicher, dass die nervöse Beschleunigung des Pulses zu Hypertrophie des Herzens führen kann. Die *sogenannten hysterischen Augenmuskellähmungen* sind ziemlich ohne Kritik nach französischen Autoren beschrieben. Neu ist, dass Pr. viele Fälle von sogenannter Neurasthenie für Hysterie ohne Stigmata hält, ob aber richtig?

Prince (4) hat dann seine Ansichten über die Genese einiger wichtiger Symptome der traumatischen Neurosen nochmal in einem 2. Aufsatze ausführlich dargelegt. Er führt zunächst aus, dass das Müdigkeitgefühl und die Leicht-Ermüdbarkeit der Nervösen nicht gleichzustellen seien mit dem der Normalen nach angestrengter Muskelarbeit; es sei kein peripherisches, sondern ein central bedingtes Gefühl, keine eigentliche Erschöpfung, sondern gleichsam die Hallucination einer Erschöpfung. Die Schmerzen der traumatischen Neurosen haben nach ihm zum Theil einen rein psychischen Ursprung; z. B. die traumatische Lumbago. Zunächst kann allerdings das Trauma direkt auf physikalischem Wege Rückenschmerzen hervorrufen; diese persistiren dann aber, auch wenn die direkten Folgen des Trauma vorüber sind, durch das beständige Richten der Aufmerksamkeit auf diesen Punkt und werden schliesslich zu habit pains. Diese Erklärung ist keine neue. Andere Schmerzen, die nicht direkt an der Stelle eines Trauma sitzen, z. B. die häufigen Augen- und Hinterkopfschmerzen bei Anstrengung der Augen, will Pr. auf Diffusion von Nervenenergie zurückführen; da die zur Accommodation z. B. nöthige Nervenenergie bei Nervösen grösser sein müsse als bei Gesunden, so ströme sie auf benachbarte sensible Gebiete über und erzeuge Schmerzen. Dem *Ref.* will es vielmehr einleuchten, was Pr. auch selbst anführt, dass die Hinterkopfschmerzen bei Nervösen direkt durch die Anstrengung der Nackenmuskulatur eintreten.

F. Egger (5) bringt Casuistisches von traumatischen Neurosen aus der Baseler Poliklinik. Die Fälle selbst bieten nichts Neues, es handelt sich um Mischformen von Neurasthenie, Hypochondrie und Hysterie. E. hält gegen Strümpell an der Bedeutung der sogenannten objektiven Symptome fest; namentlich an dem sogenannten Mannkopff'schen Symptome, der traumatischen Herzaktion. Da auch er glaubt, dass die Unfallsgesetzgebung mit verantwortlich sei, wenigstens für die Hartnäckigkeit der traumatischen Neurosen, hält er die Schweizer Methode, eine einmalige Abfindungsumme zu zahlen, für besser, als die in Deutschland bestehende der Rentenzahlung mit ihren sich immer wiederholenden Untersuchungen, Processen und den Kürzungen und Wiedererhöhungen der Rente.

Im Uebrigen sind die einfach casuistischen Mittheilungen über Unfallsneurosen im Jahre 1898 spärlich und von geringer Bedeutung. Thiem (6) beschreibt einen Fall, in dem sich nach einer leichten Verletzung an der Innenseite des rechten Unterschenkels dicht über dem Fussgelenke krampfhafte Spannungen des Kniegelenkes ausgebildet hatten; diese Spannungen erhöhten sich *anfallsweise* zu Schüttelkrämpfen des ganzen Beines, bei denen sich auch die sonst nicht beweglichen Zehen und das Fussgelenk bewegten. Thiem will den Fall als Ehret'sche Gewohnheitcontraktur und Gewohnheitlähmung auffassen; zuerst habe sich eine Contraktur des Quadriceps eingestellt, die das Knie in Streckstellung fixirte, die Beugung schmerzhaft machte; daraus später eine psychische Lähmung und Atrophie der an der Hinterseite des rechten Oberschenkels sitzenden Unterschenkelbeuger; Pat. konnte z. B. nicht nach hinten austreten. *Ref.* ist es nicht klar, wie dieser Fall sich von hysterischer Contraktur und hysterischen lokalisirten Krämpfen (diese traten gleich nach dem Unfalle ein) unterscheidet; in der Epikrise und im Status erwähnt Thiem übrigens nichts von der Lähmung der Fuss- und Zehenmuskeln, die bei den Angaben des Pat. angeführt wird und die jedenfalls in die Thiem'sche Erklärung sich nicht fügt. Gleiche Einwände lassen sich auch gegen den Fall machen, den Wolff (7) als *Ehret'sche Lähmung* beschreibt. Hier deuten schon die genitalen und gastrischen Störungen in der Anamnese auf Hysterie hin. Nach einem leichten Trauma hatte sich die Ehret'sche Stellung des linken Fusses (starke Varusstellung und Adduktion der Fussspitze), zugleich aber auch Steifigkeit in Knie und Hüfte eingestellt. Eine passive Reduktion der verkehrten Stellung wurde mit vermehrter Anspannung der Wadenmuskulatur beantwortet und war angeblich schmerzhaft; bei herabhängendem Fusse konnte dagegen die Patientin die fehlerhafte Stellung voll ausgleichen. *Eine Lähmung bestand also in keiner Weise,* was Wolff auch selbst zugiebt; weshalb aber die Contraktur nicht hysterisch sein soll, ist nicht einzusehen. Es bestand über der contrakturirten Extremität sogar leichte Dysästhesie, und die Verstärkung der Contraktur bei passiven Ausgleichsversuchen ist ein typisch hysterisches Symptom. Weshalb diese Abneigung gegen die Diagnose Hysterie, noch dazu bei einem Frauenzimmer?

Kissinger's (8) Fall von pseudospastischer Parese nach Rückentrauma entspricht ganz den

klassischen Fällen von **Nonne** und **Fürstner**. K. hebt unter Hinweis auf die Literatur hervor, dass ganz gleiche Fälle auch ohne traumatische Ursache vorkommen. Ob er die Fälle zur Hysterie stellen will, darüber spricht er sich nicht ganz bestimmt aus.

Vidal (9) bringt kurz 2 Fälle von traumatischer Hysterie, und zwar vor Allem hysterischer Krämpfe. Der erste Fall betrifft eine Frau, der das linke Ovarium exstirpirt war. Die Krämpfe traten ein, als die Höhlenwand mit einem Wattebausch ausgerieben wurde. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Mann, der nach Heben einer schweren Last zuerst Rückenschmerzen bekommen hatte. Die Krämpfe kamen erst, als der Pat. sich ein Blasenpflaster auf die schmerzhafte Stelle gelegt hatte. In beiden Fällen war vorher nichts von Hysterie zu merken gewesen.

Goodall (10) berichtet über 4 Fälle von tobsüchtiger Erregung nach schweren Kopfverletzungen. Alle Fälle gingen in Heilung über. Andere Gründe für die Psychose waren nicht vorhanden; diese schloss sich direkt an das Trauma an.

Moty (11) glaubt in seinem Falle an eine Combination von traumatischer Hysterie und traumatischer Neuritis. An eine leichte Verletzung des rechten Ringfingers durch einen Hufschlag, die allerdings erst nach Eiterung geheilt war, hatte sich eine hysterische Contraktur der Fingerstrecker angeschlossen. Beide, besonders das linke Gesichtsfeld waren eingeengt. Die angeblich neurotischen Symptome waren wenig ausgeprägt: Verdünnung der Haut mit Cyanose und starkem Schweiss an der rechten Hand, leichte Dilatation der rechten Pupille. Alle Heilversuche waren vergeblich; **Moty** hält diese Combination von Neuritis mit Hysterie, die er mehrfach beobachtete, für prognostisch sehr ungünstig.

De Buck und **De Moor** (12) beschreiben einen Fall von schwerer traumatischer Neurose nach Fall von einem Eisenbahnwagen. Wahrscheinlich bestand eine organische Läsion des Rückenmarkes. Die Autoren schliessen sich der sicher falschen Ansicht von **Crocq** an, dass nach schweren Verletzungen immer organische Veränderungen im Centralnervensystem beständen.

Egger (13) beschreibt eine typische hysterisch-traumatische Fingerlähmung. Er hebt mit Recht hervor, dass die hysterischen Symptome, die direkt nach dem Unfalle eintreten, nicht Folge von Begehrungvorstellungen sein können. Auch sonst seien vielleicht Begehrungvorstellungen weniger häufig, als übertriebene Rechtsvorstellungen.

Röder (14) versuchte *psychophysiologische Untersuchungmethoden*, und zwar das Lösen von Rechenaufgaben für die Diagnose zweifelhafter Fälle von Unfallsnervenkrankheiten zu verwerthen. Er fand in allen Fällen Resultate, die unter dem Mittelwerthe bei Gesunden standen, schnellere Ermüdbarkeit und geringere Verbesserung durch Uebung. Nur mit den Methoden ganz vertraute Aerzte konnten Aehnliches vortäuschen, aber bei ihnen liess sich dann deutliche Uebertreibung nachweisen; anderen Versuchspersonen gelang die Simulation der Ermüdbarkeit nur theilweise. R. glaubt seine Methode empfehlen zu dürfen.

Drei Arbeiten handeln über Simulation Unfallverletzter und ihre Erkennung. Ein Patient **Strümpell's** (15) [der Fall gehört eigentlich nicht hierher], simulirte Bluterbrechen und Hämaturie, letztere dadurch, dass er, offenbar aus dem Zahnfleisch gesogenes Blut in den Urin spuckte. Im Sediment fanden sich Mundinhalt, speciell auch Speisereste. Der vor den Augen des Arztes entleerte Urin enthielt nie Blut. Dem Simulanten wurde die Möglichkeit eines ehrenvollen Rückzuges gelassen und der Fall damit erledigt.

Auch in einem 2. Falle, den **Haag** (16) mittheilt, handelte es sich um einen Patienten **Strümpell's**. Er betraf einen Maurer, der 1889 eine schwere Kopfverletzung erlitten hatte und 1891 nach mehreren sehr sachverständigen Gutachten an Paralyse (Demenz, Tremor, Sprachstörung) litt. Er bekam Vollrente. 1898 wurde der Berufsgenossenschaft mitgetheilt, der Verletzte sei geistig und körperlich ganz gesund. In die Klinik in Erlangen aufgenommen simulirte er erst einen dem früheren ähnlichen Zustand, gab das aber bald auf; wurde als gesund erklärt und hat gegen das Gutachten nichts eingewendet. **Strümpell** nahm nun an, dass der Pat. früher an einer hysterisch-traumatischen Psychose gelitten habe, jedenfalls nicht an Paralyse. Konnte es nicht auch eine jetzt geheilte organisch-traumatische Psychose gewesen sein? An den Simulationversuchen war offenbar, wie nicht so selten, die Frau des Pat. Schuld.

Baudry (17) hat ein früher von **Alfred Gräfe** angewandtes Verfahren zur *Erkennung der Simulation einseitiger Blindheit* verbessert. Man erzeugt zuerst vor dem angeblich sehenden Auge allein Doppelbilder und verändert dann den Apparat, ohne dass der Simulant es merkt, so dass binoculare Doppelbilder eintreten, die der Simulant dann zugiebt. Die genauere Technik des Verfahrens muss im Originale eingesehen werden. Schade nur, dass man durch alle diese Methoden die einseitige hysterische Blindheit von der simulirten nicht unterscheiden kann.

Ziemlich reichlich sind im Jahre 1898 die Mittheilungen über organische centrale und peripherische Nervenkrankheiten nach Trauma. **Adler** (18) sucht allgemeine Sätze über das Verhalten des Trauma zum Hirntumor aus der Literatur zu gewinnen. Unter 1086 Fällen von Hirngeschwulst war 96mal eine traumatische Aetiologie angegeben, also in 8.8%. Männer überwogen, wie überhaupt bei den Tumoren, so besonders bei den traumatischen; sie bildeten mehr als 4/5 dieser Fälle. Auch das Lebensalter war das gleiche wie

in den nichttraumatischen Fällen; das 3. Decennium war das bevorzugte. Eine besondere Vorliebe für Rinde oder Mark, die einzelnen Grosshirnabschnitte oder das Kleinhirn haben die traumatischen gegenüber den nichttraumatischen Tumoren ebenfalls nicht. Sarkome und Gliome sind auch nach Trauma die häufigsten Geschwülste; Tuberkel und Gummigeschwülste werden kaum erwähnt [offenbar weil man bei ihnen auf die traumatische Aetiologie nicht recurrirt. *Ref.*]. Im einzelnen Falle gilt es zunächst nachzusehen, ob nicht vor dem Trauma schon Tumorsymptome bestanden haben; auch wenn die ersten derartigen Symptome sofort nach der Verletzung eintreten, hat das Trauma den Tumor wohl nur manifest gemacht. Ziemlich sicher sind die Beziehungen zwischen Verletzungen und Tumor, wenn die Symptome des Trauma ganz allmählich in die des Tumor übergehen. Hat zwischen Verletzung und Geschwulsterscheinungen eine lange freie Zeit bestanden, so kann man Histologie und Grösse, auch Sitz des Tumor in Betracht ziehen; ein grosser und vielleicht schon degenerirter Tumor wird c. p. älter sein, ein rasch wachsender Tumor, z. B. in den Centralwindungen, kann nicht lange ohne deutliche Symptome bestehen. Wichtig für die Beurtheilung zu Gunsten eines Zusammenhanges ist es natürlich, wenn der Tumor an der Stelle des Trauma sitzt oder wenn sich in seiner Nähe noch Residuen des Trauma selber finden.

L a e h r (19) bringt 4 Fälle von Hirntumoren (3 mit Sektionbefund), in deren Aetiologie das Trauma eine Rolle spielt, und erörtert an ihnen die einschlägigen Verhältnisse.

Im 1. Falle handelte es sich um eine 33jähr. Frau, die, vorher ganz gesund, nach einem heftigen Schlage gegen die rechte Kopfseite an allgemeinen und lokalen Symptomen des Tumor erkrankt war (von letzteren bestanden linkseitige Lähmungen, Gefühlstörungen, linkseitige Krämpfe). Bei der *Sektion* fand sich eine *Gummigeschwulst* über dem rechten Gyrus supramarginalis. Die eigentliche Grundursache des Tumor war also die Syphilis; die Verletzung konnte aber sowohl für den Ort des Tumor, wie überhaupt für seine Entstehung in Anspruch genommen werden.

Im 2. Falle bestanden seit Kindheit epileptische Anfälle. In einem, wohl epileptischen, Schwindelanfalle schwerer Fall auf den Kopf, rasche Ausbildung von Tumorsymptomen. Tod nach etwa 7 Monaten. Es fand sich bei der *Sektion* ein Gliosarkom des linken Stirnhirnes, das nach seiner Grösse älter als 7 Monate war; doch konnten die seit der Kindheit bestehenden epileptischen Anfälle kaum auf die Geschwulst bezogen werden. In diesem Falle war der Unfall wohl kaum ein Betriebsunfall, da er unabhängig vom Betriebe in Folge der Epilepsie eintrat.

Im 3. Falle hatten schon vor einem Sturze von der Leiter deutliche cerebrale Symptome bestanden; diese hatten aber nach dem Unfalle rasch zu den deutlichsten Erscheinungen eines Tumor, der in einigen Monaten zum Tode führte, geführt, es fand sich ein Sarkom in den rechten Centralwindungen.

Aehnlich war es in einem 4. Falle, in dem es nicht zur Sektion kam.

In allen 4 Fällen konnte man also das Trauma nicht als einzige Ursache des Tumor bezeichnen; im ersten hatte es aber wohl zu seiner Entstehung beigetragen; in den anderen 3 Fällen seine Entwickelung beschleunigt. Deshalb wäre wohl in allen 4 Fällen eine Entschädigungpflicht anzuerkennen gewesen.

F r a n k e (20) beschreibt einen Fall, in dem 9 Monate nach Verletzung des Rückens, nachdem vorher schon Fehlen der Patellarefiexe bestanden hatte, eine Lähmung der Beine, Schwäche der Hände und linke Facialislähmung eintraten. Der Verlauf war ein günstiger. Deshalb, und weil auch die Störungen der elektrischen Erregbarkeit nur geringe waren, wird man eher an eine Neuritis denken, als an Poliomyelitis, wie der Vf. thut. Auch Facialislähmung kommt eher bei Neuritis, als bei Poliomyelitis vor.

P e a r c e B a i l e y (21) bespricht auf Grund einer Anzahl eigener Fälle die klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde der primären fokalen traumatischen Hämatomyelie. Die Läsion sitzt fast immer im unteren Halsmarke; sie entsteht ohne Wirbelverletzung durch Quetschung des Markes, meist bei Fall auf den Kopf. (In mehreren Fällen B a i l e y's war ein Kopfsprung in zu flaches Wasser die Ursache.) Die Blutung betheiligt vor Allem die graue Substanz, meist über mehrere Segmente. Symptome sind: atrophische, schlaffe Kernlähmungen in den Armen in der Höhe der getroffenen Segmente, spastische, oft rasch vorübergehende Lähmungen in den Beinen. Mehr oder weniger ausgedehnte Thermanalgesie bei erhaltenem Tastgefühle; manchmal B r o w n - S e q u a r d -Symptome. Blasenstörungen sind gering und können fehlen. Die Prognose ist im Ganzen gut.

G u m p e r t z (22) berichtet über mehrere Fälle von Complikation nervöser Unfallfolgen mit anderen Nervenkrankheiten. Im 1. Falle handelte es sich um einen Epileptiker, der nach einem Falle auf die rechte Schulter eine partielle Cucullarislähmung davon trug. Die Anfälle begannen immer im rechten Arme. Wenn Pat. verschwiegen hätte, dass er früher schon an Epilepsie litt, hätte man hier sehr leicht eine Reflexepilepsie annehmen können. Im 2. Falle bekam ein Tabiker eine hysterische Contraktur der rechten Schulter nach Verletzung dieser Gegend; er litt ausserdem an psychischen Störungen alkoholischen Ursprunges. Im 3. Falle traten gleich nach dem Unfalle hysterische Anfälle ein, die eine linkseitige Apoplexie vortäuschten; daran schloss sich eine vorzeitige senile Demenz.

J o r u s (23) beschreibt einen Fall von angeblich *isolirter linkseitiger Lähmung der Musculi rhomboidei durch Verletzung des Nervus dorsalis scapulae.* Das linke Schulterblatt stand um 2 cm höher als das rechte und 1 cm weiter von der Wirbelsäule entfernt; der innere Rand stand vom Thorax ab. Die Schulterbewegung war nicht beeinträchtigt, aber der ganze linke Arm war mager. Die Erhebung des Schulterblattes führt J. auf Intaktsein

des Levator ang. scap. zurück. Dass das Abstehen des inneren Schulterblattrandes durch den nicht gehemmten Serratus antic. bedingt sein soll, ist wohl nicht anzunehmen; gerade bei Lähmung dieses Muskels entfernt sich der innere Rand der Scapula vom Brustkorbe. J. giebt an, dass namentlich das Fehlen der elektrischen Erregbarkeit in den linken Rhomboidei die Diagnose ermöglichte; nach Bernhardt ist diese Diagnose überhaupt nur möglich, wenn der Trapezius atrophisch ist, was hier nicht der Fall war.

Eine jedenfalls sehr seltene Nervenverletzung beschreibt Görtz (24). Die Zinke einer Mistgabel hatte den Raum zwischen 3. und 4. Metacarpalknochen der rechten Hand vom Dorsum zur Vola 2 cm von den Metacarpophalangealgelenken durchbohrt und damit den Ramus volaris profundus des Nervus ulnaris verletzt. Obwohl die entsprechenden Lähmungen der Interossei, Lumbricales, des Hypothenar und theilweise des Thenar mit Atrophie und elektrischen Störungen vorhanden waren, war der Verletzte doch von einem Begutachter für einen Simulanten erklärt worden!

Egger's (25) Fall zeigt in klassischer Weise die Symptome einer isolirten Axillarislähmung, die nach einer Schulterluxation eingetreten war: Lähmung, Atrophie und Entartungreaktion im M. deltoideus, Anästhesie in einem dreieckigen Gebiete über demselben und Eintreten einer gelblich weissen Verfärbung bei Galvanisirung der anästhetischen Hautpartie, die E. auf Lähmung der Vasodilatatoren und Reizung der lokalen Gefässcentren bezieht. Das letztere Symptom wurde vor Jahren zuerst von Hitzig beobachtet.

Thiem (26) bringt ein Gutachten über einen Fall von doppelseitiger Lähmung des N. cucullaris, die sich allmählich nach einer vor 17 Jahren erfolgten Verletzung (Fall vom Scheunenboden) eingestellt hatte. Auch die linke Hand war schwach. Da der Temperatursinn besonders am rechten Arme herabgestetzt war, so glaubt Th. an Syringomyelie.

Thiem (27) berichtet ferner über 3 Fälle von Eiweissharnen nach Kopfverletzung.

Im 1. Falle enthielt der von einem jungen Manne am Abend nach einem Hufschlag vor den Kopf mit nachfolgender Bewusstlosigkeit gelassene Urin jedenfalls nur Spuren von Eiweiss; der vom anderen Morgen sehr viel. Am 5. Tage war auch etwas Blut im Urin und fanden sich blasse hyaline Cylinder. Vom 6. Tage an gingen Blut und Eiweiss zurück; aber nach 6 Wochen waren noch Spuren von Eiweiss vorhanden.

Auch in einem 2. Falle war das Eiweiss gleich nach der Verletzung constatirt. In diesen Fällen bestanden also wohl keine Zweifel, dass die Albuminurie die Folge der Kopfverletzung war.

Sehr viel schwieriger war die Entscheidung dieser Frage in einem 3. Falle, in dem das Eiweiss erst 14 Mon. nach dem Unfalle constatirt war. Hier bestanden sonst die Symptome einer chronischen Nephritis, die auch durch Alkoholabusus und reichliche Durchnässungen hervorgerufen sein konnten. Im Zweifelfalle musste aber doch die Berufsgenossenschaft zahlen.

Thiem tritt mit Recht energisch dafür ein, bei Unfallsverletzten von Anfang an eine genaue Controle des Urins auszuüben; in manchen, allerdings seltenen Fällen könne man vielleicht sogar direkt nach der Verletzung den schon vorher in die Blase gelangten Urin untersuchen und so die Albuminurie vor der Verletzung entweder sicher constatiren oder [mit Wahrscheinlichkeit *Ref.*] ausschliessen. Das für die Albuminurie Gesagte gilt auch für das Zuckerharnen, das viel häufiger nach Traumen vorkommt; übrigens ist in der ärmeren Klientel, aus der die meisten Unfallspatienten stammen, Zuckerharnruhr nach den Erfahrungen des *Ref.* sehr selten; ihr Vorhandensein nach einem Unfalle, würde hier also an sich schon für einen inneren Zusammenhang sprechen.

60. **Ein Beitrag zur Lehre von der Keratitis neuroparalytica**; von Dr. F. Seydel in Breslau. (Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 142. 1899.)

Isolirte complete Trigeminuslähmung ist eine sehr seltene Krankheit. S. sah sie bei einem kleinen Kinde, dessen rechte Hornhaut theilweise vereiterte, dann aber ausheilte. Als Ursache der Krankheit nimmt S. eine tuberkulöse Erkrankung des Ganglion Gasseri an. Ferner berichtet S. über 2 erwachsene Kranke, bei denen wegen heftiger dauernder Schmerzen das Ganglion Gasseri der einen Seite entfernt worden war. Bei allen dreien waren Zeichen von Sympathicuserkrankung vorhanden, Zurücksinken des Augapfels, Verkleinerung der Lidspalte, Miosis, Verminderung der Spannung. Bei 3 anderen Kranken mit verschiedenen Lähmungen waren diese Zeichen nicht vorhanden, wohl aber war die Hornhaut anästhetisch; doch entwickelte sich auch nach Monaten keine Keratitis.

S. erörtert nach seinen eigenen Beobachtungen und nach den Literaturberichten die vielbesprochene Frage nach dem Wesen der Keratitis neuroparalytica, und geht näher auf die Ernährungstörungen bei Trigeminuslähmungen im Allgemeinen und bei Anästhesie der Hornhaut besonders ein. Warum tritt nicht immer trotz vollständiger Unempfindlichkeit der einen oder beider Hornhäute eine Keratitis auf? Warum kommt die Erkrankung zum Stillstande, auch wenn die Lähmung fortbesteht? Von den aufgestellten Theorien genügt zur Erklärung weder die traumatische, noch die xerotische, noch die mykotische. Es bleibt also nur die älteste, die der trophischen Störung, aber ohne die besondere Annahme von sogenannten specifisch trophischen Nervenfasern, die bisher anatomisch noch gar nicht erwiesen sind, und ohne eine gewisse traumatische Mitwirkung ganz auszuschliessen.

Gerade bei den 3 zuerst erwähnten Kranken war eine auffallende Betheiligung des Sympathicus nachzuweisen. In der vasomotorischen Störung als Ausdruck einer Sympathicuslähmung und der dadurch bedingten Ernährungstörung bei aufgeho-

bener Empfindlichkeit der Hornhaut sieht S. die Hauptursache der Keratitis neuroparalytica, die eigentlich keine Entzündung, sondern eine Nekrose ist. Lamhofer (Leipzig).

61. **Ueber Luftdrucklähmungen**; von Prof. Drasche. (Wien. med. Wchnschr. XLVIII. 1. 1898.)

Dr. giebt eine Uebersicht über das Vorkommen, das Wesen und die Theorien der Luftdrucklähmungen, und theilt sodann einen selbstbeobachteten Fall bei einem Caissonarbeiter mit. Dieser, 44 Jahre alt, bekam am 15. Mai 1890 nach 6stündiger Caissonarbeit unter 2 Atmosphären Ueberdruck beim Verlassen des Caisson starkes Kriebeln in den Händen und Vorderarmen mit nachfolgendem Gefühle der Abtödtung, das mehrere Tage anhielt. Nach erneuter gleicher Thätigkeit am 27. Mai kamen dieselben Zustände wieder, dazu starkes Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Oppression und stechende Schmerzen auf der rechten Brust, Spannung und Aufgeblähtsein des Unterleibes und ein gewisser Grad von Benommenheit. Nach einigen Stunden Schlaf bestanden Unempfindlichkeit der Füsse und Unterschenkel, Abasie und Astasie bei klarem Bewusstsein, ausserdem Urinretention. Die sonstige Untersuchung ergab noch leichte rechtseitige Facialisparese bei mimischen Bewegungen; die Sensibilität wurde allmählich normal, hingegen blieb die motorische Schwäche und Schlaffheit in allen Beinmuskeln mit Ausnahme der Beuger am Oberschenkel bestehen. Die Nervenstämme waren druckempfindlich, die Sehnenreflexe gesteigert, die Bauch- und Cremasterreflexe erloschen, die sonstigen Hautreflexe normal, der Gang war paretisch, breitspurig, schleifend, nicht ataktisch, der Stuhl retardirt, die Blase in Ordnung. Weitere Besserung trat nicht ein.

Dr. nimmt als anatomisches Substrat dieser Paraparese eine bleibende organische Spinalläsion in der Gegend des unteren Brustmarkes an, und zwar eine incomplete Querschnittsläsion. Wahrscheinlich handele es sich um kleine anämische Nekrosen mit reaktiver myelitischer Entzündung. A. Boettiger (Hamburg).

62. **Rückenmarksveränderungen bei Embolie der Aorta abdominalis und Verschluss einer Centralarterie des Rückenmarks**; von Dr. Heiligenthal. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 8. 1899.)

H. hat in Nr. 33. des Jahrganges 1898 der Deutschen med. Wochenschrift einen Fall von embolischem Verschlusse der Aorta abdominalis an ihrer Theilungsstelle beschrieben. Es war plötzlich complete, sensible und motorische Lähmung der Beine aufgetreten, Haut- und Sehnenreflexe waren aufgehoben; unter starken Schmerzen in den gelähmten Gliedern trat nach 12 Stunden der Tod ein. Makroskopisch waren Gehirn und Rückenmark gesund erschienen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand H. nun in der grauen Substanz beider Seiten je einen von dem oberen Theile des Lendenmarkes bis zum Ende der Lendenanschwellung sich erstreckenden Herd, bez. Spalt, begrenzt von feinem Netzwerke und veränderte Nervenfasern mit Kernvermehrung, Amyloidkörper und rothe Blutkörperchen. H. sieht diese Processe als intra vitam in Folge anämischer Erweichung entstanden an, jedoch früher entstanden als die Paraplegie und offenbar symptomlos zu Stande gekommen, unabhängig von der Embolie der Aorta, die vielmehr zu einer peripherisch-ischämischen Lähmung in den Beinen geführt habe. Die Symmetrie der beiderseitigen Herde im Lendenmarke [die übrigens an ihre Entstehung durch Artefact post mortem denken lässt. Ref.] leitet H. her von den eigenartigen Verhältnissen der Blutversorgung des Rückenmarkes und führt sie auf eine Embolie einer Centralarterie, die er jedoch mikroskopisch nicht auffinden konnte, zurück.

Ferner fand H. interessante Veränderungen an einem Theile der Ganglienzellen im Lendenmarke; der Kern war bei einigen an den Rand gerückt, die Granula waren mehrfach in näherer oder auch weiterer Umgebung des Kernes feinkörnig zerfallen, die Zellen im Ganzen leicht gequollen, bei anderen auch wieder nur gerade die dem Kerne benachbarten Granula erhalten. Mit Recht bezieht H. diese Veränderungen nicht auf Cirkulationstörungen im Rückenmarke, da ja die Embolie der Aorta einen Abschluss des Blutes vom Lumbalmarke nicht bewirkt haben konnte und die Zellen ausserhalb der oben beschriebenen Herde lagen. Vielmehr sieht er in ihnen die Folgen der completen motorischen und sensiblen Paraplegie, die sekundären Veränderungen nach Schädigung des peripherischen Theiles der peripherischen Neurone, also die Folge der Aufhebung des funktionellen Zusammenhanges der peripherischen Neurone. Das diese Veränderungen auslösende Moment erblickt er nicht in der verminderten Reizzufuhr zu den Zellen, sondern mit v. Lenhossék in der Unmöglichkeit der Reizabgabe aus den Zellen nach der Peripherie. A. Boettiger (Hamburg).

63. **Le réflexe tendineux du genou dans la syphilis**; par le Dr. Valentin Zaroubine. (Progrès méd. 3. S. IV. 51. 52. 1896; V. 1. 1897.)

Z. untersuchte in der Klinik des Prof. Tarnowsky in Petersburg 8 Syphilitische während der sekundären Periode auf das Verhalten der Kniereflexe, und zwar zu Beginne der Eruption, während und nach derselben. Die Zeit der täglichen Beobachtungen war bei Allen die gleiche, ebenso im Grossen und Ganzen die eingeleitete Behandlung. Z. theilt die einzelnen Krankengeschichten und die nur geringen Verschiedenheiten unter ihnen mit und hebt in der jedesmaligen Epikrise die Besonderheiten des einzelnen Falles hervor. Das Hauptergebniss seiner Untersuchungen fasst er dahin zusammen, dass in allen Fällen eine manchmal sehr bemerkenswerthe Steigerung der Sehnenreflexe im Beginne der Eruption vorhanden war. Dieser Steigerung folgte eine progressive Abnahme der Reflexerregbarkeit, oft weit unter die Norm; sodann erhob sie sich aber ziemlich schnell abermals zu normaler Höhe. Der Eintritt dieser Störungen fiel natürlich in den einzelnen Fällen nicht genau auf denselben Tag des Bestehens der sekundären Symptome. Kleine Verschiedenheiten bestanden auch in der Dauer der einzelnen Phasen der Erregbarkeitveränderungen der Reflexe.

A. Boettiger (Hamburg).

64. **Il riflesso patellare nel diabete umano ed in quello sperimentale**; per F. Schupfer. (Bull. della Soc. Lancis. XVIII. 1. p. 439. 1898.)

Ueber das Verhalten des Patellasehnenreflexes beim Diabetes mellitus sind die Angaben sehr verschieden. Sch. sah ihn in 57% der von ihm beobachteten (30) Fälle fehlen, und zwar fast immer bei Alkoholisten und Luetikern und wenn sensible Störungen (Parästhesien, Neuralgien) in den Beinen bestanden; dagegen war der Reflex bei Fettleibigen in der Regel erhalten. In Uebereinstimmung mit

De Renzi u. A. konnte Sch. eine Beziehung zur Grösse der Zuckerausscheidung wie überhaupt zur Schwere der Erkrankung nicht finden und spricht dem Symptome deshalb jede prognostische Bedeutung ab. Bei Hunden, die durch Exstirpation des Pankreas diabetisch gemacht waren, blieben die Patellarreflexe erhalten, selbst wenn, wie öfters gegen Ende des Lebens, eine Parese der Beine eingetreten war.

Was die Ursache des Symptoms anlangt, so mögen einem Theile der Fälle anatomische Veränderungen des Nervensystems zu Grunde liegen: als solche führt Sch. die beim Diabetes allerdings nur selten beschriebenen sklerotischen Processe in den Hintersträngen des Rückenmarkes und die bei diabetischen Alkoholisten und Luetikern öfters beobachtete Neuritis an. In der Mehrzahl der Fälle scheint indessen eine anatomische Grundlage ganz zu fehlen und es sich nur um funktionelle Störungen im peripherischen oder centralen Nervensystem, vermuthlich toxischen Ursprunges, zu handeln.

Janssen (Rom).

65. **Méralgie paresthésique**; par J. Sabrazès et C. Cabannes. (Revue de Méd. XVI. 11. p. 854. 1897.)

S. und C. geben zunächst eine Uebersicht über die in der Literatur bisher niedergelegten Einzelbeobachtungen von Bernhardt'scher Sensibilitätstörung am Oberschenkel und fügen dann 3 neue Krankengeschichten hinzu. Auf Grund aller bisher bekannten Thatsachen entwerfen sie ein Bild der Méralgie paresthésique, besprechen die Vertheilung der Krankheit auf die Geschlechter, die Lebensalter, die Berufsarten, erörtern die Aetiologie, die ausserordentlich mannigfaltig sein kann, vielfach in Traumen, Erkältungen, Infektionen, Intoxikationen zu suchen ist, und schildern besonders eingehend die Symptomatologie, die Art und Vertheilung der Schmerzen oder Parästhesien, ihren Einfluss auf den Gang, ihre jeweilige Veranlassung, Dauer und Heftigkeit, ihren Sitz im Nervus femorocutaneus, sowie endlich die anatomischen Verlaufseigenthümlichkeiten dieses Nerven. Diagnostische Schwierigkeiten liegen nicht vor; gleichfalls besprechen S. und C. die Differentialdiagnose gegenüber dem intermittirenden Hinken Charcot's, der paroxysmalen Lähmung Goldflam's, der Coxalgie, den Neuralgien des Ischiadicus und Cruralis und einer etwaigen hystero-neurasthenischen Topalgie. Was die Pathogenese anbetrifft, so sehen S. und C. in der Méralgie den Ausdruck einer Neuritis des Nervus femorocutaneus, die bedingt wird vor Allem durch die oberflächliche Lage des Nerven und seinen Verlauf, sowie seine Beziehungen zu den umliegenden Muskeln und Aponeurosen, durch die er allerlei Zerrungen und Congestionen, besonders bei langem Stehen und Gehen, ausgesetzt ist. Zu diesen ätiologischen Momenten kommt öfter noch ausser einer individuellen Prädisposition eine versteckte Anlage zur Neuritis in Folge gleichzeitiger chronischer Intoxikationen, überstandener Infektionen oder Erkrankungen des Centralnervensystems.

A. Boettiger (Hamburg).

66. **De l'épicondylalgie**; par le Dr. Edmond Rivière. (Gaz. hebd. XLIII. 58. p. 685. 1897.)

R. giebt ein Referat über seine das gleiche Thema behandelnde Thèse. Es handelt sich um die zuerst von Bernhardt beschriebene Beschäftigungneuralgie am Epicondylus der Ulna nach Ueberanstrengung des Vorderarms, namentlich bei Violinisten und Schreibern. Als für die Diagnose wichtig hebt R. besonders den Umstand hervor, dass dieser neuralgische Schmerz sich weiter ausbreiten kann auf die vom Epicondylus entspringenden Muskeln des Vorderarmes und das Köpfchen des Radius, ferner, dass die Kraft dieser Muskeln abnehmen und einzelne Bewegungen, namentlich der Extension, stark behindert werden können.

A. Boettiger (Hamburg).

67. **Doppelseitige Lähmung im Gebiet des Plexus brachialis durch Klimmzüge**; von Stabsarzt Dr. E. Sehrwald. (Deutsche med. Wochenschr. XXIV. 30. 1898.)

Ein 22jähr., kräftiger Rekrut war nie im Stande gewesen, Klimmzüge zu machen. Als er es wieder einmal versucht und den Kopf dabei stark nach hinten gebogen hatte, verspürte er nach dem Abspringen sofort starke Müdigkeit in den Oberarmen, er konnte nicht mehr „Hüften fest" nehmen. Es war eine partielle Lähmung der Schulter- und Armmuskulatur eingetreten. Betroffen waren in erster Linie Deltoidei, Serratus anticus major, Supinator longus, weniger auch Biceps und Brachialis internus und die Streckmuskeln der Hände. Unbetheiligt waren die Infraspinati, Supraspinati und Pectorales majores. In sensibler Hinsicht bestand nur Par- und Hypästhesie in den zur Hand gehenden Zweigen der Ulnares. Es handelte sich sonach in der Hauptsache um eine Erb'sche Plexuslähmung, jedoch mit einigen Abweichungen vom typischen Bilde. 5 Wochen nach Eintritt der Lähmung begann erst die geordnete Behandlung, die nach weiteren 7 Wochen zur Heilung führte.

S. erörtert eingehend die Genese solcher Plexuslähmungen und kommt zu folgenden Schlusssätzen: durch Klimmzüge kommen zuweilen einfache Serratuslähmungen zu Stande, in selteneren Fällen gleichzeitige Lähmungen des Serratus und des Plexus brachialis oder einzelner Theile desselben. Diese Plexuslähmung in Folge von Klimmziehen hat die grösste Aehnlichkeit mit den Hyperextensionlähmungen, wie sie bei Narkosen, Entbindungen und ähnlichen Gelegenheiten zuweilen eintreten. Während des Klimmziehens ist der gefährliche Moment mit Wahrscheinlichkeit die Zeit des Langhangs, zumal wenn der Turnende ohne Muskelspannung rein passiv sich aushängen lässt. Beim passiven Langhang kreuzt und quetscht die Clavikel die erste Rippe und, wenn die Nerven durch starkes Rückwärtsbeugen des Kopfes zugleich stramm angespannt werden, auch die Stränge des Plexus

brachialis. Hierbei tritt das acromiale Ende der Clavikel stark nach hinten, weniger nach aufwärts, das Schlüsselbein dreht sich zugleich um seine Längsachse mit dem oberen Rand nach rückwärts. Wird bei passivem Langhang die Clavikel noch weiter emporgezogen, so quetscht sie auch den Scalenus medius und den aussen auf ihr zum Musc. serratus anticus herablaufenden Nervus thoracicus longus. Durch Beugung des Kopfes nach rückwärts wird die Spannung des Scalenus und damit die Gewalt der Quetschung erheblich gesteigert. Die isolirte Quetschung dieser Stelle würde auch die isolirte Serratuslähmung nach Klimmzügen erklären.

A. Boettiger (Hamburg).

68. **Zur Frage der Fieberveränderungen an den menschlichen Ganglienzellen**; von F. Brasch. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 44. 1898.)

„Aufhellung, Schwellung, Abrundung der ganzen Zelle, Schwund der Nissl'schen Zellkörperchen, leichte Färbung der Grundsubstanz, Schwellung der weiter als in der Norm sichtbaren, stark aufgehellten Protoplasmafortsätze, leicht eckiges Kernkörperchen, bei sehr hellem Kern" fand Br. 1) in dem bereits 1 Stunde nach dem Tode herausgenommenen Rückenmarke eines an Pneumonie, Gastroenteritis, Myocarditis parenchymatosa erkrankten und unter klonischen und tonischen Krämpfen, Dyspnöe gestorbenen $^1/_2$ Jahr alten Kindes, das kurz vor dem Tode 40.2° und 200 Pulse gehabt hatte; 2) in dem 3 Stunden nach dem Tode entnommenen Rückenmarke eines 5 Monate alten Kindes, das an ausgedehnter Furunkulose mit septischen Erscheinungen und Pneumonie gestorben war und vor dem Tode 41.5° und 200 Pulse, jedoch keine Krämpfe oder Lähmungen gehabt hatte. In einem 3. Falle (Rückenmark 2 Stunden nach dem Tode entnommen), in dem es sich bei einem 3 Monate alten Kinde um Lungenentzündung im Anschluss an Darmkatarrh mit einer prämortalen Temperatur von 39.5° handelte, waren diese Veränderungen erst in der Ausbildung begriffen. Es sollen diese Veränderungen die Folge einzig und allein [?] der Temperaturerhöhung sein, weil sie bis in's Detail mit den von Goldscheider und Flatau im Rückenmarke von Kaninchen mit künstlich gesteigerter Körperwärme gefundenen übereinstimmen. Br. setzt sich mit Juliusburger und Meyer auseinander, die (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 31. 1898) den genannten Autoren nicht ganz beistimmen. In einem 4. Falle (59jähr. Mann, croupöse Pneumonie; vor dem Tode 40.1°, Rückenmark 5 Stunden nach dem Tode entnommen) war das Resultat fast negativ, was durch individuelle Disposition erklärt wird.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

69. **Ueber akute Paranoia**; von Dr. M. Köppen. (Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 10. 1899.)

Aus dem gegen Kräpelin gerichteten Aufsatze K.'s geht deutlich hervor, dass der Vf. unter Paranoia acuta nur ein Syndrom versteht, das bei Alkoholkranken, als Aufregungzustand bei Dementen, Paralytischen, nach starker Erschöpfung, kurz bei den verschiedensten Zuständen vorkommen kann. In diesem Sinne ist natürlich gegen die Benennung nur das einzuwenden, dass sie unzweckmässig ist, weil das Gegenstück, die Paranoia chronica, nicht ein blosses Syndrom ist.

Möbius.

70. **Un cas de craniectomie pour ossification prématurée des os du crâne**; par le Dr. Lambotte. (Presse méd. belge LI. 22. 1899.)

Es ist unglaublich, dass der Unsinn der Kraniektomie noch fortbesteht. Freilich besteht der unsinnige Glaube, auf den die unsinnige Operation begründet ist, dass nämlich die Schädelnähte verwachsen können und der verknöcherte Schädel das Gehirn zusammendrücken könne, noch länger.

Der Vf. hat die Sache so weit getrieben, dass er die ganze Calotte einem Idioten losgelöst hat, natürlich mit vortrefflichem Erfolge.

Das Kind gab kein Zeichen von Intelligenz, war blind und taub, der rechte Arm war gelähmt, das Kind konnte nicht stehen. Wie alt das Kind war, wird nicht gesagt.

Der Schädel war klein, die Fontanellen schienen verstrichen zu sein.

Der Vf. behandelte nun den Kopf wie eine Melone; er machte 8 Schnitte vom Scheitel nach dem Aequator, zog die Ränder eines Schnittes auseinander, durchtrennte den Schädel transversal, so weit er konnte, wiederholte diese Durchtrennung im nächsten Schnitte u. s. f., bis er herumgekommen war und die Calotte ganz abgetrennt war. Die schöne Operation wurde in 2 Absätzen ausgeführt und siehe da, nach dem letzten Knochenschnitte fing das Gehirn an zu pulsiren.

Der Nystagmus (der vorher nicht erwähnt ist) verschwand, das Gesicht und das Gehör „kehrten zurück", das Kind gebrauchte am 10. Tage die rechte Hand und konnte „beinahe" stehen. Die Intelligenz schien sich zu bessern, das Kind gab die Hand.

Es geschehen also auch im letzten Jahre des 19. Jahrhunderts noch Wunder! Möbius.

VI. Innere Medicin.

71. **Ueber Tuberkulose.**

Allgemeines.

1) *Die Tuberkulose*; von Prof. G. Cornet in Berlin. XIV. Band, III. Theil der spec. Pathologie u. Therapie, herausgeg. von Prof. *Hermann Nothnagel.* (Wien 1899. Alfred Hölder. Gr. 8. XII u. 674 S. 14 Mk. 50 Pf., für Abonnenten 13 Mk. 20 Pf.)

2) *Die Lungenschwindsucht, ihre Entstehung, Verhütung, Behandlung und Heilung*; von Dr. A. Volland in Davos-Dorf. (Tübingen 1898. Osiander'sche Verlagsbuchhandl. 8. VI u. 141 S. 2 Mk. 80 Pf.)

3) *Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose*; von Dr. K. Turban in Davos-Platz. (Wiesbaden 1899. Gr. 8. IV. u. 223 S.)

4) *Ueber Ursachen und Bekämpfung der Tuberkulose*;

von H. Kriege in Barmen. (*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 236. 1899.)

5) *Ist der Koch'sche Tuberkelbacillus ein Nosoparasit und wie bekämpft man ihn am sichersten?* von Dr. S. Unterberger. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. XV. 37. 1898.)

6) *Personal observations in pulmonary phthisis;* by Thomas Neil Mc Lean. (New York med. Record LIII. 20; May 14. 1898.)

7) *The causes and conditions of pulmonary tuberculosis and how to avoid them;* by Edward O. Otis. (Amer. Journ. of med. Sc. CXVI. 5; Nov. 1898.)

8) *Certain points of interest in phthisis;* by Henry P. Loomis. (New York med. Record LIII. 21; May 21. 1898.)

9) *Resume of one hundred cases of tuberculosis;* by Herbert Maxon King. (Med. News LXXIII. 23; Dec. 3. 1898.)

10) *La tubercolosi nel quadriennio 1892—96;* per il Dott. Edoardo Bonardi. (Clin. med. ital. XXXVII. 5; Maggio 1898.)

11) *The declension of phthisis;* by Sir Hugh Beevor. (Lancet April 15. 1898.)

12) *The prevalence of tuberculosis in Ireland and the measures necessary for its control;* by S. W. Grimshaw. (Dubl. Journ. of med. Sc. CVII. 327. 328. March, April 1899.)

13) *Die Schwindsucht im Lichte der Statistik und Socialpolitik,* mit besonderer Berücksichtigung der staatlichen und privaten Versicherung. Eine Arbeit aus dem königl. Versicherungsseminar der Universität Göttingen; von Wilhelm Kley. (Leipzig 1898. Duncker u. Humblot. Kl. 8. VIII u. 87 S.)

Cornet (1) bezeichnet sein Buch als den für Deutschland ersten Versuch, „in umfassender Darstellung die Lehre der Tuberkulose im Lichte der neuen Erkenntniss zu behandeln", wobei mit der neuen Erkenntniss zunächst alles Das gemeint ist, was wir von den Tuberkelbacillen wissen. Wie dieser Versuch ausfallen würde, war nach C.'s zahlreichen früheren Mittheilungen vorauszusehen. Ihm ist der Bacillus Alles, der betroffene Mensch so gut wie nichts. Aetiologisch kommt eigentlich nur das Eindringen der Bacillen in den Körper in Frage. Eine erbliche Uebertragung der Bacillen ist von der Mutter her zweifellos möglich, ist aber so selten und von besonderen Umständen abhängig, dass sie praktisch gar keine Rolle spielt. *Der ererbten Anlage „kommt ein maassgebender Einfluss auf die Entwickelung und Verbreitung der Tuberkulose nicht zu"* und mit der erworbenen Anlage, der Schwächung und Empfänglichermachung des Körpers durch ungünstige äussere Verhältnisse, anderweite Krankheiten u. s. w. ist auch nicht viel anzufangen. Consequenter Weise misst C. der ererbten oder erworbenen Beschaffenheit des Kranken auch für den *Verlauf* der Tuberkulose so gut wie gar keine Bedeutung bei und geht über die Verhütung der Krankheit durch Kräftigung der Gefährdeten, sowie überhaupt durch Maassnahmen, die sich nicht gegen den schrecklichen Bacillus richten, mit wenigen Sätzen hinweg.

Lässt man diesen unserer Auffassung nach allen Infektionkrankheiten gegenüber falschen einseitigen Standpunkt ausser Acht, so wird man in C.'s Buch manches Interessante finden und man wird ohne Weiteres Vielem von Dem, was er zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose empfiehlt, zustimmen. Es ist sicherlich leichter und es ist in allerester Linie geboten, die Tuberkelbacillen zu bekämpfen, durch ihre Vernichtung die grosse Gefahr der Ansteckung zu vermindern und die schönen Erfolge, die auf diesem Gebiete bereits errungen sind, sollen uns zu weiterem kräftigen Vorgehen anspornen. Von diesem Gesichtspunkte aus wünschen wir C. recht viele Leser. Besonders hervorheben wollen wir übrigens noch, dass er die bekannten thörichten Uebertreibungen vieler „Contagionisten" vermeidet, beziehentlich zurückweist.

Einer der heftigsten Gegner Cornet's und der „reinen Contagionisten" überhaupt ist Volland (2). Er legt den grössten Werth auf die *persönliche Beschaffenheit des Gefährdeten, bez. Betroffenen* und ist der Ueberzeugung, dass die Uebertragung der Tuberkulose so einfach durch das Einathmen oder Verschlucken von Tuberkelbacillen noch eine sehr zweifelhafte Sache sei. Nur Eins scheint ihm sicher zu sein, dass kleine Kinder, namentlich scrofulöse Kinder, häufig Tuberkelbacillen vom Boden her durch ihre wunde Haut oder durch Mund und Rachen in sich aufnehmen und in der Verhütung dieser Gefahr scheint ihm eine Hauptaufgabe der Prophylaxe zu liegen.

Auch V.'s Anschauungen, namentlich seine auf langer Erfahrung ruhenden Grundsätze der Therapie, sind aus früheren Mittheilungen bekannt; wir begrüssen sein, übrigens ohne Fremdworte und auch sonst vortrefflich geschriebenes Buch mit besonderer Freude und hoffen, dass es die ihm unbedingt gebührende Anerkennung und Beachtung recht schnell finden wird.

Turban (3), der Dritte, dem wir aus jüngster Zeit ein stattliches Buch über die Tuberkulose verdanken, legt grossen Werth auf die *„disponirenden Momente"*, deren Bedeutung er aus seinem Krankenmateriale zahlengemäss zu belegen sucht, wobei er übrigens zu ganz ähnlichen Zahlen kommt wie seinerzeit Meissen in seinen Berichten aus Falkenstein.

T.'s Buch besteht aus 2 Theilen. Im ersten sucht er die *Diagnostik und die Klinik der Lungentuberkulose* etwas von den Bacillen zu befreien, indem er sehr eingehend die physikalischen Befunde bespricht, die die Diagnose auch dann ermöglichen, wenn gar kein Auswurf vorhanden ist, bez. wenn der Auswurf keine Tuberkelbacillen enthält, und indem er eine möglichst gute Eintheilung der Phthise in drei Stadien nach dem gesammten Untersuchungbefunde zu geben sucht. Der 2. Theil giebt einen Bericht über das gesammte Krankenmaterial der T.'schen Anstalt, schildert in den Hauptzügen T.'s *therapeutisches Vorgehen* und stellt die Erfolge zusammen, die in 48% „Dauerheilungen" (1—7 Jahre nach der Entlassung festgestellt) gipfeln.

Den unserer Ansicht nach richtigen Standpunkt in der Mitte zwischen den reinen Contagionisten und den übertreibenden Anhängern der „Disposition" vertritt Kriege (4) in seinem lesenswerthen klaren Vortrage. Er misst ganz besonders auch der Beschaffenheit des Betroffenen einen maassgebenden Einfluss auf den Verlauf der Tuberkulose bei, ein unserer Erfahrung nach sehr wichtiger und viel zu wenig beachteter Umstand. Therapeutisch stellt Kr. eine richtig geleitete Anstaltbehandlung voran und erwartet bei geschicktem Vorgehen viel Gutes von den Volksheilstätten.

Unterberger (5) führt aus, dass die Kluft zwischen Anhängern und Verwerfern der „Disposition" nicht so übermässig tief und unüberbrückbar ist; therapeutisch steht er durchaus auf Seite der Ersteren: „im gesunden Körper kommt der Koch'sche Bacillus nicht fort", man kann die Tuberkulose also durch Kräftigung des Körpers verhüten und heilen.

Aus den Arbeiten 6—10 ist kaum etwas Besonderes hervorzuheben. Otis (7) betont ganz besonders die Bedeutung der „Disposition"; Bonardi (10) berichtet über 320 in dem Hospitale zu Lucca von 1892—1896 behandelte Phthisiker.

Beevor (11) giebt mit zahlreichen Curven und Karten einen werthvollen Ueberblick über die *Tuberkulose in England,* speciell auch in London. Grimshaw (12) ergänzt diesen Bericht für *Irland.* Mehr Interesse haben für uns die Zahlen Kley's (13), unter denen *die ziffermässige Darlegung der Bedeutung der Schwindsucht für unsere deutsche Socialpolitik* neu ist. Alles in Allem starb bei uns im Jahre 1893 von Denjenigen, die in den Jahren 15—60 ihr Leben beendeten, jeder Dritte an Tuberkulose. In den letzten Jahren haben sich die Verhältnisse wahrscheinlich gebessert. Der Westen Deutschlands ist stärker betroffen als der Osten, der Süden stärker als der Norden, das Binnenland stärker als die Küsten. Aeusserst unheilvoll ist und bleibt der Einfluss gewisser Beschäftigungen, namentlich der Glas- und Metallschleiferei. Auch für die *Invalidisirung* ist nach K.'s Berechnungen die Tuberkulose von der allergrössten Bedeutung. Ihre wirksame Bekämpfung würde den Volkswohlstand gewaltig heben. Kl. setzt grosse Hoffnungen auf die Volksheilstätten und meint, dass die für diese aufgewendeten Gelder sich nicht nur verzinsen, sondern auch amortisiren werden.

Tuberkulose bei Thieren.

14) *Sur les relations qui existent entre la tuberculose humaine et la tuberculose aviaire;* par Nocard. (Ann. de l'Inst. Pasteur XII. 9; Sept. 28. 1898.)

15) *Tuberculosis in dogs;* by Waller H. Sheldon, Chicago. (Medicine V. 2; Febr. 1898.)

16) *Tuberculosis in fishes;* by Dubar, Bataillon and Terre. (Lancet April 16. 1898.)

17) *Tuberculose locale (testiculaire) chez le cobaye après injection intra-peritonéale d'exsudats tuberculeux humains séro-fibrineux;* par A. Péron. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. XII. 17; Oct.—Nov. 1898.)

Nocard (14) ist jetzt der festen Ueberzeugung, dass die Tuberkulose der *Vögel* und die der Menschen ein und dasselbe sei. Es ist ihm gelungen, Bacillen von tuberkulösen Menschen im Bauche von Hühnern zu charakteristischen Vogeltuberkelbacillen umzuwandeln.

Nach Sheldon (15) ist die Tuberkulose bei *Hunden* entschieden nicht so selten, wie man allgemein glaubt. Die Thiere inficiren sich dadurch, dass sie tuberkulösen Auswurf auflecken und die Krankheit äussert sich bei ihnen zuerst mit Vorliebe in den Brustdrüsen. Später werden verschiedene Theile des Körpers, namentlich auch die serösen Häute, ergriffen. Zur Verkäsung und Riesenzellenbildung kommt es meist nicht. Hunde, die husten und stark abmagern, sollte man rechtzeitig tödten.

Bei dem IV. Tuberkulose-Congress in Paris 1898 erzählte Dubousquet-Laborderie (Saint-Ouen) von einem jungen Sergent de ville, der nach langem Leiden an Lungenschwindsucht starb. Er hatte 2 Hunde, eine 3jähr. grosse dänische Dogge und einen 10jähr. Terrier, beide gingen an Tuberkulose ein und der Terrier inficirte vorher noch eine Katze, mit der er in inniger Gemeinschaft lebte (Gaz. des Hôp. LXXI. 97; Août 27. 1898).

Ein anderes Curiosum aus den Congressverhandlungen stammt von Huon aus Marseille. Danach soll ein schwindsüchtiger alter Mann eine Kuh, die vorher sicher (durch Tuberkulineinspritzungen festgestellt) nicht tuberkulös war, inficirt haben (Gaz. hebd. XLV. 70; Sept. 1. 1898).

Dubar, Bataillon und Terre (16) sahen zahlreiche *Karpfen* eines Teiches sterben, in den die Ausleerungen einer schwer Tuberkulösen hineingeschüttet wurden, und fanden in der Milz und der Leber der gestorbenen Thiere zahlreiche Tuberkelbacillen. Es gelang ihnen bei darauf hin angestellten Untersuchungen, Karpfen mit tuberkulösem Materiale von Menschen, Kaninchen, Hühnern in gleicher Weise krank zu machen und in etwa 2 bis 5 Wochen zu tödten. Die Bacillen der kranken Karpfen waren für andere Karpfen virulent, für Warmblüter nicht.

Péron (17) spritzte einem *Meerschweinchen* 25 ccm Exsudat von einem tuberkulösen Pleuritiker in den Bauch; das Thier bekam lediglich eine schwere Tuberkulose der Hoden und der Samenbläschen, der ganze übrige Körper blieb gesund.

Aetiologie. Tuberkelbacillen. Diagnose.

18) *Zur Vererbung der Tuberkulose;* von Prof. G. Hauser in Erlangen. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXI. 3 u. 4. p. 221. 1898.)

19) *La théorie de Baumgarten sur l'hérédité de la tuberculose;* par G. Kuss. (Revue mens. des Malad. de l'Enf. XVII. Janv. 1899.)

20) *Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen in den gesunden Genitalorganen von Phthisikern;* von Dr. S. Nakarai. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXIV. 2. p. 327. 1898.)

21) *Sur l'hérédité dans la tuberculose;* par Charrin. (Gaz. des Hôp. LXXI. 97. Août 27. 1898.)

22) *La lutte contre la tuberculose animale;* par Bang. (Ibid. 94. Août 20. 1898.)

23) *La tuberculinisation des vaches laitières à Nice;* par Magnan. (Ibid.)

24) *Du danger des viandes tuberculeuses et de leur stérilisation;* par le Prof. Thomassen, Utrecht. (Ibid. 97. Août 27. 1898.)

25) *Influence of the milk supply on the spread of tuberculosis;* by the late A. A. Kanthack and E. Sydney St. B. Sladen. (Lancet Jan. 14. 1899.)

26) *Weitere Untersuchungen zur Frage des Vorkommens von Tuberkelbacillen in der Marktbutter;* von Dr. Lydia Rabinowitsch. (Deutsche med. Wochenschr. XXV. 1. 1899.)

27) *Die Verbreitung der Phthise durch staubförmiges Sputum und durch beim Husten verspritzte Tröpfchen;* von Prof. C. Flügge in Breslau. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 1. p. 107. 1899.)

28) *Ueber Luftinfektion durch beim Husten, Niesen und Sprechen verspritzte Tröpfchen;* von Dr. Laschtschenko. (Ebenda p. 125.)

29) *Ueber die Ausstreuung infektiöser Tröpfchen beim Husten der Phthisiker;* von Dr. Bruno Heymann. (Ebenda p. 139.)

30) *Ueber die Infektiosität in die Luft übergeführten tuberkelbacillenhaltigen Staubes;* von Dr. Roland Sticher. (Ebenda p. 163.)

31) *Beitrag zur Kenntniss der Verbreitung der Phthise durch verstäubtes Sputum;* von Dr. Max Beninde. (Ebenda p. 193.)

32) *Die Infektionsgefahr bei Tuberkulose;* von Prof. Georg Cornet. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 11. 12. 1899.)

33) *Zur Frage der Verbreitung der Tuberkulose;* von Dr. Alexander R. v. Weismayr. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 46. 1898.)

34) *On the dissemination of the tubercle bacillus in coughing;* by J. J. Curry. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIX. 15; Oct. 13. 1898.)

35) *Trauma und Tuberkulose;* von Dr. Urban in Hamburg. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 11. 1899.)

36) *Einige Bemerkungen zur traumatischen Tuberkulose;* von Prof. Max Schüller. (Aerztl. Sachverständigen-Zeitung V. 8. 1899.)

36a) *Sur le traumatisme et la tuberculose;* par Lannelongue et Achard. (Gaz. des Hôp. LXXII. 54. Mai 13. 1899.)

37) *Ein Fall von traumatischer Lungentuberkulose;* von Dr. Rich. Schönfeld in Schöneberg-Berlin. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. V. 6. 1898.)

38) *Tuberkulöse Lymphome der Mesenterialdrüsen mit Milzmetastasen nach einem Trauma;* von Dr. Wilmans in Hamburg. (Ebenda 8.)

39) *Ein Fall von traumatischer Lungentuberkulose;* von Dr. Felix Franke in Braunschweig. (Ebenda 11.)

40) *L'alcoolisme prédispose à la contagion par la tuberculose;* par Constantin Thiron. (Gaz. des Hôp. LXXI. 97. Août 27. 1898.)

41) *Beitrag zum Studium der Tuberkulose.* Vorläufige Mittheilung aus dem anatom.-pathol. Institut der Universität zu Neapel; von Dr. G. d'Arrigo u. Dr. R. Stampacchia. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIII. 2. 3 u. 4. 1899.)

42) *Culture du bacille tuberculeux sur la pomme de terre empoisonnée, dans la gélose glycerinée et sur le sang gélosé;* par F. Bezançon et V. Griffon. (Gaz. des Hôp. LXXII. 18; Févr. 11. 1899.)

43) *The pathological effects of dead tubercle bacilli;* by Stewart Stockmann. (Brit. med. Journ. Sept. 3. 1898.)

44) *Agglutination du bacille de la tuberculose vraie;* par Arloing. (Gaz. des Hôp. LXXI. 65. Juin 9. 1898.)

45) *Sur l'agglutination des bacilles de Koch;* par Dubard. (Gaz. hebd. XLV. 64. Août 11. 1898.)

46) *Séro-diagnostic des épanchements tuberculeux des sereuses;* par Paul Courmont. (Ibid.)

47) *Experimentelle Prüfung der Virulenz von Tuberkelbacillen;* von Dr. Vagedes. (Ztschr. f. Hyg. XXVIII. 2. p. 276. 1898.)

48) *Les poisons du bacille tuberculeux humain;* par Jules Auclair. (Gaz. hebd. XLV. 59. Juillet 1898. — Arch. de Méd. expérim. XI. 3. p. 363. 1899.)

49) *Der wässerige Auszug der Tuberkelbacillen und seine Derivate;* von E. Maragliano. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 18. 1899.)

50) *Zur Chemie der Tuberkelbacillen.* I. Mittheil.; von Dr. W. G. Ruppel. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 3 u. 4. p. 218. 1899.)

51) *The mineral constituens of the tubercle bacilli;* by E. A. de Schweinitz and Marion Dorset. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIII. 23. 1898.)

52) *Ueber einige neue Entdeckungen bezüglich des Bacillus der Tuberkulose und der Frage der Prophylaxe und Heilung dieser Krankheit;* von Dr. J. Ferrán in Barzelona. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 28. 1898.)

53) *Ueber die Entdeckungen Ferrán's „bezüglich des Bacillus der Tuberkulose";* von Leo Zupnik. (Ebenda 30.)

54) *Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Dr. Leo Zupnik u. s. w.;* von Dr. J. Ferrán. (Ebenda 39.)

55) *Sur le smegma-bacille et sur le diagnostic différentiel avec le bacille de la tuberculose;* par A. Mankowsky et J. Notkine. (Arch. russes de Pathol. etc. III. 6. p. 643. Déc. 31. 1898.)

56) *Befund von Smegmabacillen im menschlichen Lungenauswurf;* von Dr. A. Pappenheim. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 37. 1898.)

57) *Ueber dem Tuberkelbacillus verwandte Mikroorganismen;* von Dr. Alfred Moëller. (Therap. Monatsh. XII. 11. 1898.)

58) *Mikroorganismen, die den Tuberkelbacillen verwandt sind und bei Thieren eine miliare Tuberkelkrankheit verursachen;* von Dr. Alfred Moëller. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 24. 1898.)

59) *Ein neuer säure- und alkoholfester Bacillus aus der Tuberkelbacillengruppe, welcher echte Verzweigungsformen bildet;* von Dr. Alfred Moëller. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 11. 1899.)

60) *Ueber die frühe Erkennung der Lungentuberkulose;* von Dr. E. Meissen in Hohenhonnef. (Therap. Monatsh. XII. 11. 1898.)

61) *Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire;* par le Dr. G.-E. Papillon. (Gaz. hebd. XLV. 12; Févr. 10. 1898.)

62) *The pretuberculous stage of phthisis, or the condition which antedates tuberculous development, and some aids to its diagnosis;* by Henry P. Loomis. (New York med. Record LIV. 24; Dec. 10. 1898.)

63) *Die Perkussion der Lungenspitzen;* von Dr. R. Oestreich. (Ztschr. f. klin. Med. XXXV. 5 u. 6. p. 491. 1898.)

64) *Sur la valeur séméiologique des cellules éosinophiles dans les crachats tuberculeux;* par G. Carrière et P. Bourneville. (Echo méd. du Nord II. 47. Nov. 20. 1898.)

65) *Un signe nouveau pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire;* par le Dr. Murat. (Gaz. hebd. XLVI. 19; Mars 5. 1899.)

66) *Ueber den Einfluss der Körperbewegung auf die Temperatur Gesunder und Kranker;* von Prof. F. Penzoldt u. Dr. H. Birgelen. (Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 15—17. 1899.)

67) *Ueber die Magenbeschwerden im Frühstadium der Lungenschwindsucht;* von Dr. Wilhelm Croner. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 48. 1898.)

68) *La phthisie commune et la première loi de Louis;* par le Dr. Moncorgè. (Lyon méd. XXX. 26; Juin 26. 1898.)

69) *De quelques signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique;* par Ch. Fernet. (Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XL. 41. 1898.)

70) *De l'application des rayons Röntgen au dia-*

gnostic de la tuberculose pulmonaire. (Gaz. hebd. XLV. 64. Août 11. 1898.)

71) *Ueber die diagnostische Bedeutung des Koch'schen Tuberkulins;* von Dr. Max Beck. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 9. 1899.)

Hauser (18) hat die vielerörterte Frage nach der *Vererbung der Tuberkulose* einer sehr gründlichen Prüfung unterzogen. Er nimmt Alles, was dafür und dawider gesagt worden ist und gesagt werden kann, kritisch durch, stellt die experimentellen Ergebnisse Anderer und seine eigenen Versuche in übersichtlichen Tabellen zusammen und kommt (wohl in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl aller Aerzte) zu dem Schlusse, *dass die erbliche Uebertragung der Tuberkelbacillen von den Eltern auf den Foetus für die Aetiologie der Tuberkulose keine grosse Rolle spielt.* Ob der Foetus vom Vater her tuberkulös werden kann, ist überhaupt äusserst zweifelhaft, dass er von der Mutter her durch den Placentakreislauf Tuberkelbacillen bekommen kann, steht ausser Frage, dieses Ereigniss scheint aber doch nur bei besonders schwerer Tuberkulose der Mutter und auch dann nur verhältnissmässig selten einzutreten. Nicht auf die Vererbung der Tuberkulose, sondern auf die Vererbung der Anlage zur Tuberkulose ist die Thatsache zurückzuführen, dass die Krankheit bestimmte Familien mit so besonderer Vorliebe betrifft. „Die Tuberkulose erhält sich nicht durch congenitale Uebertragung des specifischen Virus im Menschengeschlecht, sondern durch immer wieder erfolgende Infektion mit in die Aussenwelt gelangten Tuberkelbacillen, welche wahrscheinlich durch Vererbung einer specifischen individuellen grösseren Empfindlichkeit gegen das Tuberkelvirus besonders begünstigt wird."

In ähnlichem Sinne wie Hauser spricht sich auch Kuss (19) aus. Nakarai (20) hat durch sorgsame Untersuchungen im pathologischen Institute zu Leipzig die Angabe bestätigt, dass die gesunden Genitalorgane, Hoden, Nebenhoden, Samenbläschen, an Tuberkulose gestorbener Männer häufig (N. meint sogar in der Mehrzahl der Fälle) Tuberkelbacillen enthalten. „Die Zahl der vorkommenden Bacillen ist äusserst gering. Die Bacillen sind wahrscheinlich noch infektiös." Dass diese Bacillen direkt den Foetus inficiren können, nimmt auch N. nicht an, er meint aber, sie könnten die Geschlechtstheile der Mutter tuberkulös machen und so dem Kinde gefährlich werden.

Charrin (21) hat an 6 Kindern tuberkulöser Mütter gefunden, dass sie gleich von Anfang an eine gestörte Verarbeitung der Nahrung aufweisen. Sie nehmen langsamer zu als die Kinder gesunder Mütter, verdauen schlechter, entleeren einen giftigeren Harn u. s. w. Ch. möchte hierin nicht etwas der Tuberkulose Eigenthümliches sehen, er meint, dass bei anderen Krankheiten der Mutter wohl Aehnliches vorkäme.

22, 23, 24 sind Berichte über Vorträge vom IV. Pariser Tuberkulose-Congress. Bang (22) wiederholte seine bekannten Ausführungen über die *Gefährlichkeit der Milch* und über die Nothwendigkeit, die Rindertuberkulose mehr zu beachten, durch Tuberkulineinspritzungen frühzeitig festzustellen und kräftig zu bekämpfen. Magnan (23) erzählte von Nizza, dass dort bereits sämmtliche Kühe, deren Milch verkauft werden soll, mit Tuberkulin probeweise geimpft werden. Die Gefahr von Seiten des *tuberkulösen Fleisches* wurde allgemein als nicht zu gross und leicht vermeidbar dargestellt.

Kanthack und Sladen (25) haben, angeregt durch die Bang'schen Mittheilungen, in Cambridge die *Milch* von 16 Molkereien auf Tuberkelbacillen untersucht. 9 Molkereien lieferten eine Milch, mit der man Meerschweinchen tuberkulös machen konnte, eine Zahl, der gegenüber K. u. S. grosse Vorsicht und baldige Abhülfe für dringend nothwendig halten.

Rabinowitsch (26) hat ihre Untersuchungen der *Butter* auf Tuberkelbacillen fortgesetzt und hat dabei gefunden, dass ein grosses Berliner Geschäft Butter verkauft, die fast in jeder Probe Tuberkelbacillen enthält. Dieser merkwürdige, mit aller Vorsicht und Sorgfalt festgestellte Befund steht ganz vereinzelt da, alle untersuchten Proben aus anderen Geschäften waren unverdächtig. Einige enthielten wie bei früheren Untersuchungen Stäbchen, die den Tuberkelbacillen sehr ähnlich, aber augenscheinlich harmlos sind. —

Im vorigen Jahre griff Flügge die Lehre Cornet's an, dass *eingetrocknetes und verstäubtes Sputum der Hauptverbreiter der Tuberkulose* sei, er fand die Angaben hierüber nicht genügend durch Versuche gestützt und meinte, man solle mehr *die kleinen Tröpfchen* beachten, *die Schwindsüchtige beim Husten, Niesen, Sprechen in die Umgebung verbreiten.* Seitdem hat Fl. diese Dinge in seinem Institut zu Breslau eingehend prüfen lassen und die Arbeiten 27—31 enthalten die gewonnenen Ergebnisse und die Schlüsse, die man daraus ziehen kann.

Wir können uns kurz fassen. Zunächst ergab sich, dass eine Uebertragung der Tuberkulose durch eingetrockneten und zerstäubten Auswurf zweifellos möglich ist, dass sie aber doch wohl nur unter besonders günstigen, bez. ungünstigen Bedingungen erfolgt: der tuberkulöse Auswurf muss sehr vollständig eingetrocknet sein und er muss in ganz beträchtlichen Mengen in der Luft herumwirbeln, Bedingungen, wie sie in sehr unsauberen Wohnungen, in Werkstätten, Eisenbahnwagen u. s. w. wohl einmal erfüllt sein können. Dass von Cornet als ganz besonders gefährlich hingestellte Spucken in das Taschentuch hält Fl. für nicht so schlimm. Versuche ergaben, dass hier der Auswurf meist nicht genügend eintrocknet. Was die von Phthisikern in die Umgebung geschleuderten Tröpfchen anlangt, so zeigte sich, dass sie zweifellos zu einem beträchtlichen Theil Tuberkelbacillen enthalten und dass die Bacillen mit ihnen

auf mehr als einen Meter in die Umgebung des Kranken ausgestreut werden können. Hierin liegt für Krankenwärter, für Arbeiter, Schreiber, Beamte u. s. w., die dicht nebeneinander stehen oder sitzen, eine ganz beträchtliche Gefahr, der sich allerdings in der Hauptsache sehr leicht dadurch begegnen lässt, dass der Kranke bei dem Husten seine Hand oder besser sein Taschentuch vor den Mund hält. Die von Fränkel empfohlenen Schutzmasken (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 2. 1899) hält Fl. im Allgemeinen für unnöthig.

Cornet (32) wehrt sich energisch gegen die Angriffe Flügge's auf seine Lehre von der grossen Gefahr des tuberkelbacillenhaltigen Staubes. Diese Lehre sei ganz und gar genügend gestützt und die praktischen Folgerungen, die aus ihr bereits in ausgedehntem Maasse gezogen worden sind, hätten in glänzendem Erfolge die Sterblichkeit an Tuberkulose gegen früher bereits um ein Drittel herabgesetzt [!]. C. hat von Neuem Versuche angestellt, die zeigen, dass zur Staubinfektion durchaus nicht so ganz besondere Bedingungen erforderlich sind, sondern dass sie leicht und sicher unter den alltäglichsten Verhältnissen eintritt. Dem, was Fl. über die Gefahr zerstäubter Tröpfchen sagt, stimmt C. unbedingt bei, die Fränkel'sche Schutzmaske hält er mit Recht für Unsinn.

Weismayr (33) und Curry (34) bestätigen in der Hauptsache die Angaben Flügge's über die verschleuderten Tröpfchen. W. meint, die Bacillen in ihnen stammten aus dem Munde; gar zu viele sind es jedenfalls nicht und vermeiden lässt sich diese Gefahr verhältnissmässig leicht. —

Als Beispiel für die Uebertragung der Tuberkulose von Mensch auf Mensch berichtete Acard bei dem IV. Tuberkulose-Congress zu Paris über folgende Beobachtung: Ein gesunder kräftiger Arbeiter von 27 Jahren pflegte seine schwindsüchtige Frau bis zu ihrem Tode. Einige Monate danach heirathete er zum 2. Male und wurde bald darauf selbst phthisisch. Die 2. Frau bekam wieder einige Monate später eine tuberkulöse Fingereiterung und ging bald, nachdem sie ein Kindchen geboren hatte, an florider Phthise zu Grunde. Das einzige Kind aus der 1. Ehe starb an tuberkulöser Meningitis, das Kind aus der 2. Ehe an Unterleibstuberkulose. In die Wohnung zog eine andere Familie ein und bald darauf wurde auch hier die Frau tuberkulös. (Gaz. des Hôp. LXXI. 97. Août 27. 1898.)

Urban (35) und Schüller (36) erörtern das Verhältniss zwischen *Trauma und Tuberkulose*, namentlich vom Standpunkte des Chirurgen aus. Etwas Neues ist in dieser Frage nicht aufgekommen; es bleibt dabei, dass das Trauma eine latente Tuberkulose zum Vorschein bringt oder der Infektion den Boden bereitet. Recht beachtenswerth scheint uns Das, was Urban über die grosse Gefahr ärztlicher (chirurgischer) Eingriffe in alte, anscheinend ausgeheilte tuberkulöse Herde sagt.

Lannelongue und Achard (36a) betonen, dass nach ihren Beobachtungen und Thierversuchen die Sache mit der *traumatischen Tuberkulose* doch wohl nicht so einfach ist, wie sie Schüller wiederholt dargestellt hat. Es ist durchaus nicht leicht, durch eine Verletzung bei gleichzeitiger Allgemeininfektion eine örtliche Tuberkulose hervorzurufen. Die Tuberkelbacillen verhalten sich in dieser Beziehung ganz anders als z. B. die Eiterkokken.

Schönfeld (37), Wilmans (38), Franke (39) theilen Fälle von *traumatischer Tuberkulose* mit, die mehr den inneren Arzt interessiren und in denen das Urtheil des Arztes für die Frage der Entschädigung den Ausschlag gab. In dieser Beziehung macht das Gesetz dem Arzt die Entscheidung dadurch ziemlich leicht, dass es durchaus nicht verlangt, das Trauma müsse die sichere und einzige Ursache der Tuberkulose sein; eine Entschädigung tritt auch dann ein, wenn die Verletzung die Entwickelung der Tuberkulose gefördert hat. — Bei den beiden Kranken von Schönfeld und Franke hatte eine starke Quetschung der Brust zuerst die Entwickelung einer Pneumonie zur Folge, aus der sich dann die ungünstig verlaufende Phthise entwickelte. Beide Kranke waren vorher gesund gewesen; der von Schönfeld stammte augenscheinlich aus einer tuberkulösen Famlie, der von Franke hatte bereits 2mal Lungenentzündung gehabt und war ein Säufer. —

Thiron (40) betont, dass *der Alkohol die Tuberkulose wesentlich befördert*, da er nicht nur den Säufer selbst, sondern auch dessen Nachkommen empfänglicher für die Infektion macht.

Unter den Mittheilungen über die *Tuberkelbacillen* interessiren am meisten die Angaben über die *Agglutination*. Die Versuche von Arloing (44) und Dubard (45) sind noch nicht sehr zahlreich, auch gewiss noch nicht einwandfrei, zeigen aber doch, dass sich der Tuberkelbacillus dem Blutserum der von ihm Angegriffenen gegenüber ganz ähnlich verhält, wie wir es von anderen infektiösen Keimen, z. B. vom Typhusbacillus dem Typhusserum gegenüber, bereits wussten. Man kann dem Blutserum der verschiedensten Thiere eine agglutinirende Einwirkung auf Tuberkelbacillen verleihen, wenn man den Thieren Tuberkelbacillen selbst oder Tuberkulin beibringt (und zwar scheint dieser Versuch um so leichter zu gelingen, je weniger empfänglich das Thier im Ganzen für die Tuberkulose ist) und man findet bei Menschen zum Mindesten, dass das Serum Tuberkulöser die Tuberkelbacillen häufiger und stärker agglutinirt, als das Gesunder oder anderweit Kranker. — Dass diese Angaben, falls sie sich bestätigen, eine praktische diagnostische Bedeutung gewinnen können, liegt auf der Hand, sehr beachtenswerth scheint in dieser Beziehung die Mittheilung von Courmont (46), dass nach seinen ziemlich zahlreichen Versuchen der Erguss einer tuberkulösen Pleuritis Tuberkelbacillen agglutinirt, der einer nicht tuberkulösen niemals. —

Aus den umfangreichen Versuchen von Vagedes (47) über die *Virulenz der Tuberkelbacillen je nach ihrer Herkunft* sei hier nur erwähnt, dass

Culturen verschiedener Herkunft aus menschlichem Materiale gezüchtet, für Thiere sehr verschiedene Virulenz besitzen. Für die experimentelle Prüfung sind folgende Sätze V.'s von Bedeutung: „Die für Kaninchen besonders virulenten Culturen zeigen diese Eigenschaft stets, sowohl bei der Impfung in die Blutbahn, wie bei der in die vordere Augenkammer und in das Unterhautzellgewebe". „Die für Kaninchen hoch virulenten Culturen waren in einer Menge von 5 mg im Stande, Ratten durch subcutane Impfung tuberkulös zu machen."

Auclair (48) hat einen *Aetherauszug aus Tuberkelbacillen* (éthéro-bacilline humaine) Meerschweinchen und Kaninchen in die Luftröhre gespritzt. Nach grossen Mengen starben die Thiere innerhalb 36—48 Stunden und ihre Lungen zeigten eine beginnende Entzündung, eine stark fibrinöse Alveolitis. Nach kleineren wiederholten Gaben blieben die Thiere 20—30 Tage am Leben und bekamen eine katarrhalische Lungenentzündung. Wurden die Dosen noch vorsichtiger genommen und gelang es, die Thiere monatelang am Leben zu erhalten, so bildeten sich innerhalb der Pneumonie käsige Stellen. Riesenzellen wurden nach dem Aetherextrakte niemals gefunden, waren aber sehr zahlreich bei der Pneumonie, die durch Einspritzungen eines *Chloroformextraktes* aus Tuberkelbacillen entsteht. A. meint, durch seine Versuche sei sicher bewiesen, dass die Tuberkelbacillen durch ihre Gifte ganz allein alle Erscheinungen der Lungenphthise hervorrufen können, dass sie hierzu nicht der Hülfe anderer Keime bedürfen.

Nach Maragliano (49) enthält ein einfacher *wässeriger Auszug aus den Tuberkelbacillen* (Digeriren auf dem Wasserbade 48 Stunden lang bei 90—95°) weitaus den grössten Theil aller wirksamen Stoffe, jedenfalls erheblich mehr als ein Glycerinextrakt. Zu seiner Conservirung dient am besten ein schwacher Glycerinzusatz (5%). Verdunstet man den wässerigen Auszug und behandelt den Rückstand mit Alkohol, so kann man ein in Wasser lösliches Produkt von einer mächtigen Giftigkeit (1:20000) erhalten; 0.005 g hiervon tödten bei subcutaner Anwendung 1 Hekto gesunden Meerschweinchens.

[Nach Ruppel (50) können den Tuberkelbacillen durch kalten Alkohol, heissen Alkohol und Aether verschiedene *fettähnliche Substanzen* entzogen werden. Durch Behandlung der Bacillen mit verdünnter Sodalösung oder mit Glycerinlösung in der Siedehitze erhält man Lösungen von fadenziehender Beschaffenheit, aus denen mit Essigsäure und Alkohol eine dem Pseudomucin ähnliche Substanz gefällt wird. Extraktion mit Kochsalzlösungen oder verdünnten Säuren lieferte unbefriedigende Resultate.

Alle, durch die verschiedensten Extraktionmittel gewonnenen Lösungen gaben nur sehr unbedeutende Eiweissreaktion. Dagegen erhielt R. bei Einwirkung gespannter Wasserdämpfe auf gut entfettete Bacillen eine bedeutende Menge von Albumosen, die den Neumeister'schen Atmidalbumosen ähnlich waren. Diese enthielten die Hauptmenge der aus den Bacillen in Freiheit gesetzten wirksamen Substanz.

Aus den nach der Methode von Koch zertrümmerten Tuberkelbacillen erhält man dagegen leicht wässerige Lösungen. In einer solchen Lösung findet sich, wie R. zeigt, ein Protamin, das er „Tuberkulosamin" nennt, gebunden an eine Nucleinsäure, sowie freie Nucleinsäure, welche R. „Tuberkulinsäure" nennt. V. Lehmann (Berlin).]

de Schweinitz und Dorset (51) fanden in der *Asche von Tuberkelbacillen*:

$Na_2O = 13.62\%$
$K_2O = 6.35$
$CaO = 12.64$
$MgO = 11.55$
$P_2O_5 = 55.23$

Ferrán (52) hat aus faulenden Lungen tuberkulöser Kühe und aus faulendem Auswurfe Schwindsüchtiger einen *„spermigenen" Bacillus* isolirt, der bei Thieren Tuberkulose erzeugt, dabei aber allerlei besondere Eigenschaften haben soll. Nach F. ist es sehr leicht, die Tuberkelbacillen in „spermigene Bacillen" umzuwandeln und er verspricht sich von dieser Umwandelung gewisse Vortheile für die Therapie. — Die Angaben F.'s klingen entschieden etwas unheimlich und Zupnik (53) wird wohl Recht haben mit der Annahme, der „spermigene" Bacillus sei entschieden kein Tuberkelbacillus, sondern gehöre zu der Gruppe der *Pseudotuberkelbacillen*. Dass Pseudotuberkelbacillen im Auswurfe Schwindsüchtiger vorkommen, kann Z. nach seinen eigenen Untersuchungen bestätigen, welche Bedeutung sie haben, vermag er noch nicht zu sagen. —

Dass die augenscheinlich harmlosen *Smegmabacillen* für Tuberkelbacillen gehalten wurden, ist bereits wiederholt vorgekommen und hat seinen Grund in der gleichen Widerstandsfähigkeit beider Keime gegen die entfärbenden Mineralsäuren. Meist handelte es sich dabei wie in dem Falle von Mankowsky und Notkine (55) um Harnuntersuchungen und der Irrthum klärte sich verhältnissmässig leicht auf. Anders in dem Falle, über den Pappenheim (56) aus der Lichtheim'schen Klinik berichtet. Hier enthielt der Auswurf einer Lungenkranken reichliche Smegmabacillen, die bei Anwendung der üblichen Färbemethoden ohne Weiteres für Tuberkelbacillen gehalten wurden; erst die Sektion (chronische Bronchitis, Bronchektasien, Bronchopneumonie mit Abscessen) erwies den Irrthum. Dass Smegmabacillen in die Lunge gelangen, ist, nachdem man sie mehrfach in der Mundhöhle gefunden hat, nicht wunderbar (pathogen wirken sie augenscheinlich auch dort nicht). Die Gefahr einer falschen Phthisis-Diagnose liegt also nicht allzufern. P. giebt nun eine Färbemethode an, die jeden Irrthum ausschliesst, bei der Grundsubstanz und Smegmabacillen völlig blau

werden und nur die Tuberkelbacillen sich schön roth abheben.

„1) Färbung in bis zum Sieden erhitztem Carbolfuchsin kurze Zeit hindurch. 2) Ablaufenlassen des überschüssigen Carbolfuchsins. 3) Ohne Abwaschung Entfärbung und Gegenfärbung durch 3—5maliges Eintauchen und langsames Abfliessenlassen der Farblösung, die auf folgende Weise bereitet wird: In 100 Theilen absoluten Alkohols wird 1 Theil Corallin gelöst und dann Methylenblau bis zur vollständigsten Sättigung hinzugefügt, wozu recht beträchtliche Mengen erforderlich sind. Diese Lösung wird mit 20 Theilen Glycerins versetzt. 4) Kurzes Abspülen in Wasser, Trocknen, Einbetten. — Dauer des ganzen Verfahrens knapp 3 Minuten."

Moëller (57. 58. 59) beschreibt sehr genau den bereits in unserer vorjährigen Zusammenstellung erwähnten *„Timotheebacillus"*, einen *Mistbacillus* und einen interessanten *„Grasbacillus II"* als Zugehörige zu der augenscheinlich grossen Gruppe der Pseudotuberkelbacillen.

Meissen (60) bespricht in anschaulicher Form die *Diagnose der Phthise* mit besonderer Werthschätzung einer guten Anamnese und einer richtigen Deutung der subjektiven Erscheinungen des Kranken.

Papillon (61) legt nächst dem Gesammteindrucke, den der zu Untersuchende macht, grossen Werth auf eine deutliche Abnahme der Lungencapacität und eine deutliche Abnahme des arteriellen Blutdruckes.

Loomis (62) räth bei verdächtigen blassen Menschen Gewicht, Thoraxexkursion und Lungencapacität besonders zu beachten. Ihr gemeinsames Heruntergehen spricht sehr für Phthise, namentlich wenn zugleich Magenstörungen bestehen und der Puls schwach ist.

Oestreich (63) gehört zu den Perkussionkünstlern. Nach seinen Versuchen und Erfahrungen an Leichen glaubt er jeden Herd von Kirschengrösse oder falls es mehrere sind, auch wesentlich kleinere (erbsengrosse) Herde durch Perkussion in der Lungenspitze nachweisen zu können! Die kranke Spitze ist verkleinert und zeigt einen gedämpft-tympanitischen Schall.

Carrière und Bourneville (64) bestätigen das auch von Anderen festgestellte Vorkommen zahlreicher eosinophiler Zellen im Auswurfe Phthisischer.

Nach Murat (65) empfinden manche Phthisiker schon frühzeitig im Beginne ihres Leidens bei lautem Sprechen einen gewissen Schmerz in ihrer kranken Lunge, eine unangenehme Erschütterung, die sie unwillkürlich durch Andrücken der Hand an den Thorax zu vermindern suchen.

Penzoldt hat bereits in seinem „Handbuche der Therapie" darauf aufmerksam gemacht, dass Phthisiker und der Phthise Verdächtige bei sonst normaler Temperatur nach körperlichen Anstrengungen, z. B. nach einem einstündigen Spaziergange, Temperatursteigerungen bis etwa auf 38° bekommen. Meissen hat diese Angabe bestätigt und P. hat sie durch neue mit Birgelen zusammen angestellte Beobachtungen (66) erweitert. Danach ist diese Art der Reaktion auf Körperbewegungen den Phthisikern nicht allein eigen, sie kommt auch bei Reconvalescenten, Fettleibigen und Blutarmen vor, sie ist aber bei den Tuberkulösen doch besonders auffallend und kann unter Umständen diagnostisch zweifellos von Werth sein. Nothwendig sind: ganz zuverlässige Aftermessungen, vor dem Gehen nach vollkommener Ruhe und nach dem Gehen sofort, ehe der Kranke sich gesetzt oder geruht hat.

Croner (67) bespricht die diagnostisch sehr bedeutsamen, oft zu Irrthümern Anlass gebenden *Magenstörungen bei beginnender Phthise.* Sie äussern sich recht verschieden als Aufstossen, Drücken, Plätschern, Störungen des Appetites, der Verdauung u. s. w., untersucht man den Magen nach einer Probemahlzeit, so findet man bei gut erhaltener Motilität, wechselnde, ziemlich belanglose Veränderungen in der Salzsäureabscheidung, oder man findet Alles gut, kurzum, man kommt zu der Ueberzeugung, dass es sich nicht um eine organische, sondern nur um eine funktionelle Störung handelt. Der Ansicht Volland's, dass die meisten Phthisiker-Dyspepsien durch zu vieles Hineinstopfen in den Magen entstünden, kann Cr. nicht zustimmen.

Moncorgé (68) macht unter Anführung einiger Beispiele auf jene Fälle aufmerksam, in denen die Lungenphthise nicht wie üblich in der Spitze, sondern, sei es als Pleuritis, sei es als Infiltration, an irgend einer anderen Stelle der Lunge beginnt; nur eine sorgsame Untersuchung der *ganzen* Lunge vermag in solchen Fällen vor unangenehmen Irrthümern zu schützen.

Nach Fernet (69) ist auch dann, wenn die Phthise vorschriftmässig in der Spitze beginnt, die genaue Untersuchung der übrigen Lunge oft von grossem diagnostischen Werthe. Zuweilen kann man an der Lungenwurzel eine Vergrösserung der Bronchialdrüsen nachweisen und nicht selten ist die Basis der ergriffenen Lunge nachweisbar angeschoppt; man erhält dann eine „triade pathologique", der F. eine ganz beträchtliche diagnostische Bedeutung beimisst.

Bei dem IV. Tuberkulose-Congress in Paris wurden die *Röntgenstrahlen* als ein wesentliches Hülfsmittel für die Diagnose der Lungentuberkulose gerühmt (70). Nach Angabe der Redner soll man das Leiden sehr frühzeitig damit erkennen können und soll auch ein Urtheil darüber gewinnen, wie es im Einzelnen in den kranken Lungentheilen aussieht. Von einer heilsamen Wirkung der Durchleuchtung wollte die Versammlung nichts wissen.

Beck (71) endlich rühmt das *Tuberkulin* als das sicherste Mittel, um jeden, auch den kleinsten tuberkulösen Herd im Körper festzustellen. B. erwähnt zunächst die ausgedehnte Anwendung des Tuberkulins als Diagnosticum bei Thieren und geht

dann auf die Beobachtungen über, die in Berlin im Institute für Infektionkrankheiten gemacht worden sind und die auf den ersten Blick eine erschreckende Häufigkeit der latenten Tuberkulose darzuthun scheinen. Von 4254 vom Sommer 1891 bis zum Sommer 1897 in das Institut Aufgenommenen wurde 2508 Tuberkulin eingespritzt; es reagirten 1525 oder wenn man die sicher Tuberkulösen abzieht, immer noch 1154, also etwa die Hälfte aller Geimpften. Von 106 Influenzakranken reagirten 67, von 68 Pleuritikern 50, von 36 Anämischen 19, von 58 Typhusreconvalescenten 27, von 31 Kranken mit Muskelrheumatismus 23, von 50 Diphtheriekranken 11, von 127 Anginakranken 47, von 106 Kranken mit Tripper 59, von 57 Schankerkranken 26, von 143 Luetikern 59 u. s. w. u. s. w. Man wird nicht recht daraus klug, ob B. wirklich glaubt, dass alle Reagirenden tuberkulös waren, an manchen Stellen scheint es so, dann sagt er aber: „man würde zu weit gehen, alle diese Fälle für phthisisch zu erklären“. Jedenfalls ist ihm Jeder, der einmal reagirt, sehr verdächtig und soll beobachtet und öfter geprüft werden. Wir möchten bis auf Weiteres glauben, dass B.'s Zahlen die latente Tuberkulose auch für Berliner Verhältnisse als zu häufig erscheinen lassen.

Klinisches. Einzelne Formen.

72) *Ueber den Sitz und die Entwickelung der primären Lungentuberkulose;* von Prof. F. V. Birch-Hirschfeld. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 58. 1899.)

72a) *Maladie de Woillex et tuberculose pulmonaire;* par le Dr. G. Carrière. (Echo méd. du Nord III. 12. Mars 19. 1899. — Gaz. hebd. XLVI. 25; Mars 26. 1899.)

73) *Etude sur la marche thermique dans la tuberculose;* par le Dr. Gabriel Arthaud. (Progrès méd. VII. 27; Juillet 2. 1898.)

74) *A l'appui de la loi de Louis: sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et des tuberculoses locales;* par G. Brougniart et J. Trampont. (Echo méd. du Nord II. 42. Oct. 16. 1898.)

75) *Ueber die Beziehungen der Rachenmandelhyperplasie zur Tuberkulose;* von O. Brieger. (Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXIII. 2. p. 191. 1898.)

75a) *Hyperplasie und Tuberkulose der Rachenmandel;* von Dr. Otto Pfiffl. (Prag. med. Wchnschr. XXIV. 19. 1899.)

76) *Tuberculose de la gorge. Perforation du voile du palais;* par H. Barbier. (Gaz. des Hôp. LXXII. 14. Févr. 2. 1899.)

77) *Ulcerations tuberculeuses de la langue;* par J. Jolly. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. XII. 22; Déc. 1898.)

78) *Tuberculose de la parotide;* par R. Meslay. (Ibid. 20.)

79) *The condition of the salivary glands and pancreas in chronic tuberculosis;* by Vincent Dormer Harris. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. V. 3; Oct. 1898.)

80) *The etiologie and treatment of laryngeal tuberculosis;* by P. S. Donnelan. (Therap. Gaz. XXII. 11. Nov. 15. 1898.)

81) *Klinische Beobachtungen über Larynxerkrankungen bei bestehender Tuberkulose der Lungen;* von Dr. J. Lipowski. (Therap. Monatsh. XII. 11. 12. 1898.)

82) *Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage, auf welchem Wege die Tuberkulose in den Kehlkopf eindringt;* von Dr. Robert Krieg in Stuttgart. (Arch. f. Laryngol. VIII. 3. 1898.)

83) *Emphysème sous-cutané par perforation du larynx chez un tuberculeux;* par Raviart. (Gaz. hebd. XLVI. 24; Mars 23. 1899.)

84) *Ueber die Miterkrankung des Kehlkopfes bei Lungentuberkulose;* von Dr. Gustav Besold. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 26. 1898.)

85) *Présentation de deux cas de thyrotomie pour tuberculose du larynx au début;* par le Dr. Goris. (Presse méd. belge L. 7. 1898.)

86) *Traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspirations laryngées;* par le Dr. S. Leduc. (Gaz. des Hôp. LXXI. 98. Août 30. 1898.)

87) *Constatation du bacille tuberculeux dans l'épanchement séro-fibrineux de la pleurésie franche, par la culture directe du liquide sur le „sang gélosé“;* par F. Bezançon et V. Griffon. (Gaz. des Hôp. LXXII. 41. Avril 11. 1899.)

88) *De la thoracentèse dite d'opportunité dans la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse;* par le Dr. J. Mollard. (Lyon méd. XXXI. 15; Avril 9. 1899.)

89) *Note on the osteoid tissue, found in the tubercular exsudate in the thoracic region of the cord;* by Dr. Flexner. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IX. 87. June 1898.)

90) *Beitrag zur Herzbeuteltuberkulose;* von Dr. Meltzer. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 34. 1898.)

91) *Symphyse tuberculeuse totale du péricarde;* par Prosper Merklen. (Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. XIII. 1; Janv. 1899.)

92) *Ueber experimentelle Erzeugung von Endocarditis tuberculosa;* von Dr. M. Michaelis u. Dr. Sanford Blum. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 35. 1898.)

93) *Tuberculosis of the aorta;* by George Blumer. (Amer. Journ. of the med. Sc. CXVII. 1; Jan. 1899.)

94) *Tubercule de la veine cave et tuberculose aiguë;* par Weinberg et Nattan-Larrier. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. XII. 19. Oct., Nov. 1898.)

95) *Ueber Thrombosen bei Lungentuberkulose;* von Dr. Hans Ruge u. Dr. Hierokles. (Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 4. 1899.)

96) *Recherches sur la tuberculose des méninges;* par le Dr. A. Péron. (Arch. gén. de Méd. 10. 11; Oct., Nov. 1898.)

97) *Zur Klinik der Meningitis tuberculosa;* von Prof. Neusser. (Wien. med. Presse XL. 13. 16. 1899.)

98) *Ueber Ependymveränderungen bei tuberkulöser Meningitis;* von Dr. Ophüls. (Virchow's Arch. CL. 2. p. 305. 1897.)

99) *Tuberculose osseuse, ganglionnaire et capsulaire; tuberculose de la calotte crânienne, tuberculose méningée à forme spéciale; ossification pleurale;* par E. Apert. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. XII. 20; Déc. 1898.)

100) *Tumeur pédonculaire tuberculeuse;* par Prosper Merklen et Beaujard. (Ibid.)

101) *Un cas de polynévrite motrice chez un tuberculeux;* par A. Cestan. (Ibid. Juin—Juillet 1898.)

102) *Ueber den Werth der Laparotomie als Heilmittel gegen Bauchfelltuberkulose;* von Max Jaffé. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. 211. 1898.)

103) *Die Ursachen der Heilwirkung der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose;* von Dr. Hildebrandt. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 51. 52. 1898.)

104) *Etude anatomo-pathologique de la péritonite tuberculeuse;* par le Dr. Gabriel Maurange. (Gaz. hebd. XLVI. 25; Mars 26. 1899.)

105) *Péritonite tuberculeuse chez deux petites filles agées de moin de cinq ans; laparotomie sus-ombilicale chez l'une d'elles; guérison;* par le Dr. J. Brault. (Gaz. des Hôp. LXXI. 80. Juillet 16. 1898.)

106) *Péritonite tuberculeuse miliaire. Occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison;* par le Dr. Psaltoff. (Ibid. 107. Sept. 20. 1898.)

107) *Ueber einen 8 Jahre beobachteten Fall von geheilter Peritonäaltuberkulose;* von J. Schramm in Dresden. (Arch. f. Gynäkol. LVI. 1. p. 47. 1898.)

108) *Beitrag zur operativen Therapie der Bauchfelltuberkulose;* von Dr. Friedrich Merkel in Nürnberg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIX. 1. p. 1. 1898.)

109) *Péritonite tuberculeuse à forme ascitique; laparotomie; anus contre nature spontané au niveau de l'incision 65 jours après; tuberculose pulmonaire; mort;* par J. Drucbert. (Echo méd. du Nord III. 2; Janv. 8. 1899.)

110) *Péritonite chronique tuberculeuse traitée successivement et sans résultat par les moyens habituels; radiothérapie; guérison consécutive;* par E. Ausset et Bédart. (Ibid. II. 46. Nov. 13. 1898.)

111) *Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfells;* von Dr. Ernst Alterthum. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 1. p. 42. 1898.)

112) *Ueber primäre Uterustuberkulose;* von Dr. J. Hofbauer. (Arch. f. Gynäkol. LVI. 2. p. 395. 1898.)

113) *La tuberculose rénale;* par le Dr. Savariaud. (Gaz. des Hôp. LXXI. 89. Août 6. 1898.)

114) *Tuberculose descendante primitive du rein;* par J. Albarran et J. Cottet. (Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. Janv. 1899.)

115) *On tuberculosis of the bladder;* by T. E. Gordon. (Dubl. Journ. of med. Sc. CVII. p. 344. May 1899.)

116) *Tubercular cystitis in children;* by Charles Greene Cumston. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIX. 25; Dec. 22. 1898.)

117) *Ueber die Behandlung der Blasentuberkulose mit T. R.;* von Dr. Hans Schröder. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 1. p. 1. 1899.)

118) *Beitrag zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose;* von Dr. B. Goldberg. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 5. 6. 1899.)

119) *A case of tuberculosis of the breast;* by Charles L. Scudder. (Amer. Journ. of med. Sc. CXVI. 1. July 1898.)

120) *Tuberculose mammaire.* (Gaz. hebd. XLVI. 24. Mars 23. 1899.)

121) *Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della tubercolosi della mammilla;* per il Dott. Eugenio Arcoleo. (Rif. med. XIV. 129. Giugno 6. 1898.)

122) *A case of acute tuberculous choroiditis following operative treatment of tuberculous lesions in a limb;* by S. H. Edington. (Lancet Febr. 11. 1899.)

123) *Die Exantheme der Tuberkulose („Tuberculides" Darier);* von Prof. Boeck. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLII. 1. 2. 3. p. 71. 175. 363. 1898.)

124) *Ueber primäre Hauttuberkulose;* von weiland Prof. Ernst Schwimmer. (Wien. med. Wchnschr. XLVIII. 36—38. 1898.)

125) *La tubercolosi verrucosa;* par le Dr. A. Moschini. (Rif. med. XV. 60—63. 1899.)

126) *Lésions histologiques tuberculeuses dans un lupus érythémateux;* par Ch. Audry. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VIII. 5. p. 497. 1897.)

127) *Ulcérations tuberculeuses du pied;* par Daulos. (Gaz. hebd. XLVI. 22; Mars 16. 1899.)

128) *Beitrag zur Hauttuberkulose;* von Dr. O. Rosenthal in Berlin. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIII u. XLIV. 2. Theil p. 151. 1898.)

129) *Ueber die therapeutische Verwendung des Tuberkulin-R;* von Dr. Adam Scheuber. (Ebenda XLII. 2. 3. p. 214. 378. 1898.)

130) *Untersuchungen über die Wirkung des Tuberkulin-R auf lupöses Gewebe;* von Dr. Ludwig Waelsch. (Ebenda XLIII u. XLIV. 2. Theil p. 359. 1898.)

131) *Ueber die Behandlung des Lupus mit Kalium hypermanganicum;* von P. Kaczanowski. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIX. 2 u. 3. p. 242. 1898.)

132) *Tuberculose cutanée notablement améliorée par des injections de calomel;* par A. Fournier. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VIII. 5. p. 545. 1897.)

133) *Ueber tuberkulöse Symptome und ihr Verhältniss zur Lungentuberkulose;* von Edwin Blos. (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 4. p. 520. 1899.)

134) *Zur Klinik und Diagnostik der Tuberkulose im ersten Lebensjahre;* von W. Bulius. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 304. 1899.)

135) *Bacilloscopie des crachats extraits de l'estomac pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant;* par H. Meunier. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XVI. p. 500. Oct. 1898.)

136) *The distribution and origin of tuberculosis in children;* by Leonard G. Guthrie. (Lancet Febr. 4. 1899.)

137) *Die Pharynxtuberkulose im Kindesalter;* von Dr. F. Siegert. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLV. 1. p. 123. 1897.)

138) *Nouvelle contribution à l'étude des tubercules et cavernes biliaires chez l'enfant;* par le Dr. G. Jacobson, Bucarest. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XVI. p. 473. Oct. 1898.)

139) *Tuberculose locale chez le vieillard;* par Vidal. (Gaz. des Hôp. LXXI. 94. Août 20. 1898.)

140) *Tuberculose et puerpéralité;* par le Dr. Fieux. (Revue d'Obstétr. XI. 122. 123. Mai—Juin, Juillet 1898.)

141) *Sur l'influence de la grossesse sur la marche de la tuberculose;* par T. Fagonsky. (Arch. russes de Pathol. III. p. 164. Août 31. 1898.)

142) *Zona et tuberculose;* par G. Mouton. (Gaz. hebd. XLVI. 6; Janv. 19. 1899.)

143) *A case of pernicious anemia complicated by tubercular infection of the lymph nodes, liver and spleen;* by Frederick L. Hills. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIX. 22; Dec. 1. 1898.)

Im pathologischen Institut zu Leipzig werden seit Jahren bei jeder Sektion die Lungen mit grosser Sorgfalt auf Tuberkulose untersucht. Vom Jahre 1893—1898 fand man unter 6471 Sektionen in 32 Fällen bei Verunglückten oder plötzlich, bez. nach kurzer anderweiter Krankheit Gestorbenen latente tuberkulöse Herde zum Theil in früher Entwickelung, zum Theil weiter vorgeschritten oder in der Rückbildung begriffen. Dieses werthvolle Material hat Birch-Hirschfeld (72) verwerthet, um die *ersten Anfänge der Lungentuberkulose* zu studiren. Danach beginnt die Tuberkulose in der grossen Mehrzahl der Fälle in einem Bronchus. Bei günstigem Verlaufe verschliesst sich der betroffene (meist kleinere) Bronchus, der dahinter liegende Lungentheil wird luftleer, zieht sich ein, es entsteht eine Narbe; bei ungünstigem Verlaufe zerfallen die Tuberkel, es bildet sich eine Caverne, von der aus das Leiden sich nun weiter ausbreitet. B.-H. ist nicht abgeneigt als Grund für einen ungünstigen Verlauf, für den verhängnissvollen Zerfall eine hinzutretende zweite Infektion mit Streptokokken, Staphylokokken u. s. w. anzusehen. — Weshalb beginnt nun die Lungentuberkulose so überaus häufig in den Spitzen (in der rechten wahrscheinlich häufiger, als in der linken) und namentlich in den hinteren Theilen der Spitzen? B.-H. ist auch dieser immer noch nicht sicher beantworteten Frage näher getreten, er hat sehr wichtige erfolgreiche Untersuchungen über den Bau des ganzen Bronchialbaumes, sowie über die Bewegungen der verschiedenen Bronchen

bei der Athmung angestellt und kommt zu dem Ergebnisse, dass gerade der „Bronchus apicalis posterior" und seine Umgebung sich am allerwenigsten an der Athmung betheiligen und dass dort eingeathmete Tuberkelbacillen am leichtesten in Ruhe liegen bleiben und sich entwickeln können. Hiermit stimmt überein, dass die primären Tuberkel am häufigsten dicht unterhalb des Abganges eines mittelstarken Bronchialastes sitzen, dort, wo am leichtesten eine Unterbrechung der respiratorischen Luftströmung zu Stande kommt. An denselben Stellen haftet natürlich auch alles andere Schlechte, was wir einathmen besonders leicht und so kommt eine wahrscheinlich sehr wichtige, den Tuberkelbacillen den Boden bereitende Schädigung der Bronchialwand zu Stande. „Der intakte Bronchialbaum bietet offenbar keine günstige Stätte für die Einnistung von Tuberkelbacillen."

Carrière (72a) meint, *dass gewisse Lungenentzündungen, „la congestion pulmonaire type Woillez", der Tuberkulose den Boden bereiten.* Er hat diese Ansicht bereits früher vertreten und führt zu ihrer Bestätigung einen neuen Fall an, in dem ein junger Mensch rechts unten eine Lungenentzündung bekam, diese gut überstand, aber $2^1/_2$ Jahre später an derselben Stelle phthisisch war.

Arthaud (73) nennt die Tuberkulose ihrem *Fieberverlauf* nach „une maladie cyclique à rechutes successives, et progressives avec complications surajoutées".

Brougniart und Trampont (74) vertheidigen unter Anführung einer Beobachtung ein von Louis aufgestelltes Gesetz, wonach man nach 15jährigem Bestehen irgend einer örtlichen Tuberkulose stets auch die Lunge ergriffen finden soll.

Brieger (75) hat in 78 Fällen die *Rachenmandeln* auf Tuberkulose untersucht, 5mal mit sicherem positiven Befunde; 20 Mandeln wurden ganz oder zum Theil auf Meerschweinchen verimpft, nur 1mal mit Erfolg. Br. meint, Häufigkeit und Bedeutung der Tonsillentuberkulose wären vielfach überschätzt worden; besonders gefährlich ist diese Form der Tuberkulose seiner Ansicht nach nur für das Ohr.

Auch nach Pfiffl (75a) ist die *Rachentuberkulose* sehr übertrieben worden. Er meint, nach seinen eigenen Untersuchungen (100 Fälle) und nach den zuverlässigen Mittheilungen Anderer, dass unter 100 *hypertrophischen* Rachenmandeln höchstens in 4 Tuberkulose zu finden sei. Er fand sie 3mal; die Mandeln wurden herausgenommen, die Leute blieben gesund. An die Tuberkulose denken soll man trotz ihrer Seltenheit immer und soll hypertrophische Mandeln bei tuberkulös Belasteten oder bei gleichzeitiger Schwellung der Halslymphdrüsen zeitig entfernen.

Barbier (76) erzählt von einer 32jähr. Kr. mit schwerer ausgedehnter *Rachentuberkulose.* Da die Lunge nur wenig erkrankt war, meint B., der Rachen wäre zuerst inficirt worden. Die unbelastete und früher gesunde Kr. hatte 4 Jahre lang mit einem Schwindsüchtigen zusammen geschlafen.

Jolly (77) beschreibt 2 *tuberkulöse Zungengeschwüre* von verschiedenem Charakter, jedes für seine Art typisch. Bei dem Einen: ausgedehnte tuberkulöse Infiltration mit reaktiver Entzündung, Nekrosen, zahlreiche Tuberkelbacillen; bei dem Anderen: typische Tuberkel ohne Infiltration des dazwischen liegenden Gewebes, keine Entzündung, spärliche Bacillen.

Die von Meslay (78) beschriebene *Parotistuberkulose* zeigte das übliche Aussehen, das auf eine Infektion durch den Blut- oder Lymphstrom schliessen lässt. Die Infektion vom Munde her, längs der Speichelgänge, hält M. für sehr selten, wo nicht für ganz ausgeschlossen. — Die Gazette des Hôpitaux (LXXII. 18) vom 11. Febr. 1899 enthält eine ausführliche Arbeit über Parotistuberkulose von Meslay und Parent, die etwas wesentlich Neues nicht bringt.

Harris (79) hat von mehreren an chronischer Tuberkulose Gestorbenen die *Speicheldrüsen* und das *Pankreas* untersucht und hat darin eine fleckweise bindegewebige Induration mit Schrumpfung gefunden. Er meint, diese Form der Atrophie, wie sie u. A. in der Magenschleimhaut wiederholt nachgewiesen ist, sei der Tuberkulose eigenthümlich.

Lipowski (81) giebt auf Grund des Materiales des jüdischen Krankenhauses in Berlin eine eingehende Besprechung der *Kehlkopftuberkulose.* 95% aller Lungenphthisiker hatten Larynxerscheinungen, 23% hatten ausgesprochene Larynxtuberkulose. L. sucht die Art und die Ausbreitung dieser durch die anatomischen und funktionellen Eigenthümlichkeiten des Kehlkopfes zu erklären. Die Thatsache, dass verhältnissmässig oft besonders kräftige Phthisiker Kehlkopftuberkulose bekommen, erklärt er damit, dass diese ganz besonders kräftig husten und wenn „das Sputum gegen die geschlossene Glottis anprallt, so ist durch den, wenn auch nur für einen kleinen Zeitabschnitt bestehenden, sehr erheblichen Druck ein Eindringen von Sputumtheilen in die Ausführungsgänge der dem Stimmband parallel gelagerten Drüsengruppe möglich". — Für die Behandlung empfiehlt L. in erster Linie Ruhe und Abkühlung des Kehlkopfes.

Krieg (82) stellt 700 Fälle von *Kehlkopftuberkulose* zusammen. In 275 Fällen (39%) war nur eine Seite des Kehlkopfes betroffen und davon in 252 Fällen (91.6%) dieselbe Seite, auf der auch die Lunge erkrankt war. Kr. hält es durch diese Zahlen für bewiesen, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle der Kehlkopf nicht von aussen her, nicht durch Einathmen oder Aushusten von Tuberkelbacillen erkrankt, sondern von innen her, und zwar auf dem Wege der Lymphbahnen.

Für den Fall von Raviart (83) genügt die Ueberschrift.

[Die Arbeit von Besold (84) stammt aus Falkenstein und berücksichtigt hauptsächlich die Behandlung der Kehlkopftuberkulose. Leider bestehen über den Erfolg der Behandlung noch immer viel zu pessimistische Anschauungen. B. zeigt die Unrichtigkeit dieser Anschauungen auf

Grund seiner Erfahrungen: von 69 Kehlkopftuberkulösen, darunter 38 Schwerkranken, wurden 31.8 % geheilt, 37.6 % gebessert und nur 30.5 % blieben ungebessert. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Verhältnisse für Erzielung guter Resultate in einer geschlossenen Anstalt besonders günstig liegen.

Ist eine Kehlkopftuberkulose gefunden, so ist es zunächst das Wichtigste, den Kehlkopf möglichst ruhig zu stellen. Das Phoniren, auch das Flüstern ist zu untersagen. Sodann ist der Husten zu bekämpfen; sehr wichtig ist da vor Allem eine Disciplinirung des Hustens (Dettweiler), aber auch die Behandlung von Rachenkatarrhen und Nasenstenosen ist gerade hierfür von Wichtigkeit. Werden die erkrankten Theile durch das Schlucken der Nahrung gereizt, so muss zunächst auf die Beschaffenheit der Nahrung Rücksicht genommen werden, am besten ist eine mässig dickbreiige Beschaffenheit, auch dürfen die Bissen und Schlucke nicht gar zu klein sein, die Speisen nicht zu warm und nicht zu scharf gewürzt. Von Medikamenten, die man bei Schluckbeschwerden besonders im Anfange nicht entbehren kann, ist neben Cocain und Morphin besonders das Orthoform von Nutzen. Das Rauchen ist ganz zu verbieten.

Die Tracheotomie wird ohne Indicatio vitalis nur bei Kranken angewendet, deren Kehlkopfaffektion man sonst schlecht beikommen kann und deren Lungen noch in recht gutem Zustande sind.

Bei flachen Geschwüren werden Pulver eingeblasen (Jodol, Nosophen, Zinc. sozojodol., Orthoform), geringe Mengen mit geringem Luftstrome genau an die beabsichtigte Stelle, oder, wenn in grösserer Ausdehnung auf die Schleimhaut eingewirkt werden soll, werden Flüssigkeiten, besonders Mentholöl (5—20 %) eingespritzt. Wird hierdurch keine rechte Besserung erreicht, so werden die Geschwüre nach guter Cocainisirung mit starker Milchsäure geätzt. Die Aetzung wird erst wiederholt, wenn der event. gebildete Schorf abgestossen ist. Wird auch dadurch keine wesentliche Besserung erzielt oder ist das Geschwür sehr buchtig und granulationreich, so wird es mit der Curette kräftig ausgekratzt und dann die Wundfläche mit starker Milchsäurelösung verschorft. Zur Beseitigung von Granulomen wird die Doppelcurette benutzt. Ist der Kehldeckel tuberkulös, so wird er nach Mor. Schmidt resecirt.

Ein unzweifelhafter Krfolg von Injektionen des Koch'schen T R bei Kehlkopfkranken ist in Falkenstein nicht beobachtet worden.

Goris (85) empfiehlt die Thyreotomie bei Larynxtuberkulose als einen wenig gefährlichen Eingriff, der besser, als das mit dem Spiegel möglich ist, die Ausdehnung der Krankheit zu erkennen und alles Kranke zu entfernen gestattet. Besonders angezeigt ist die Operation in noch nicht weit fortgeschrittenen Krankheitfällen, wie G. 2 mittheilt, aber auch in einem fortgeschrittenen Falle erwies sich die Operation als sehr wohlthätig.

In allen Fällen kam die Stimme bald wieder. Schlingbeschwerden waren nur etwa 3 Tage nach der Operation vorhanden. Die Kanüle wurde nur einen Tag nach der Operation getragen.

In allen Fällen wurden die Wundränder später tuberkulös und machten die nochmalige Excision nöthig, worauf dann glatte Heilung eintrat.

Rudolf Heymann (Leipzig).]

Leduc (86) rühmt Einpulvern des Larynx mit Jodoform, dem man bei heftigen Schmerzen Cocain oder Morphium zusetzen kann.

Ueber *tuberkulöse Pleuritis* ist nicht Viel zu sagen. Bezançon und Griffon (87) empfehlen zur Feststellung der Diagnose Verimpfung des Exsudats auf den von ihnen unter dem Namen „sang gélosé (sang emprisonné dans la gélose glycerinée) [vgl. 42] hergestellten besonders empfindlichen Nährboden. Sie halten dieses Verfahren für sicherer als die zuweilen doch im Stiche lassende Verimpfung auf Meerschweinchen.

Mollard (88) wiederholt die oft ausgesprochene *Warnung vor dem übereifrigen Punktiren bei der tuberkulösen Pleuritis.* Er ist der Ueberzeugung, dass der Erguss etwas Günstiges ist, dessen Fortschaffen Lunge und Leben gefährdet.

Meltzer (90) fand unerwartet bei einem Geisteskranken neben Lungen- und Lymphdrüsentuberkulose eine *Tuberkulose des Herzbeutels* in der beim Menschen sehr selten grossknotigen perlsuchtartigen Form.

Merklen (91) fand bei einem Phthisiker, der an Herzschwäche gestorben war, eine vollständige *Verwachsung beider Perikardialblätter.*

Michaelis und Blum (92) ist es gelungen, bei Kaninchen durch Verletzungen der Herzklappen und gleichzeitige Einspritzung von Tuberkelbacillen eine typische *verruköse Endokarditis* zu erzeugen — ein werthvoller Beitrag zur Entstehung dieser Form der Herzerkrankung.

Blumer (93) fand bei einer akuten Miliartuberkulose in der stark atheromatösen *Aorta* Tuberkel. Weinberg und Nattan-Larrier (94) sahen bei akuter Phthise einen kleinen Tuberkel in der Wand der *Vena cava inferior.*

Ruge und Hierokles (95) haben 1778 Phthisiker-Krankengeschichten der II. med. Klinik zu Berlin durchgesehen und haben gefunden, dass 19 von diesen Kranken an *Venenthrombosen* gelitten haben, die sich genau so verhielten wie die bekannten „marantischen" Thrombosen bei anderen schweren Krankheiten auch.

Péron (96) bespricht eingehend die *pathologische Anatomie* der *tuberkulösen Meningitis* und kommt zu dem Ergebnisse, dass die Hauptgefahr des Leidens in den Giften liegt, die die Bacillen an Ort und Stelle erzeugen. Diese Gifte dringen direkt in das Gehirn ein und führen durch die Schädigung der lebenswichtigen Centren den Tod herbei. P. meint, bei anderen Menin-

gitiden sei die Sache ebenso. Die Dauer des Leidens bis zum Tode hänge von der Stärke der erzeugten Gifte ab.

Neusser (97) erörtert auf Grund zweier Fälle *Erscheinungen und Diagnose der tuberkulösen Meningitis.*

Im 1. Falle war die Diagnose richtig, man fand aber eine während des Lebens nicht erkannte Miliartuberkulose. Im 2. Falle lagen die Verhältnisse sehr verwickelt. Die anatomische Diagnose lautete: Chronische Tuberkulose der Tonsillen, Solitärtuberkel im linken Linsenkerne, subakute Endokarditis der Valvula mitralis, frische Embolie der beiden Arteriae profundae cerebri und ältere Embolie der linken Arteria fossae Sylvii, gelbe Erweichung der linken Insula Reilii. Diese Zustände hatten im Vereine mit einem während des Lebens wahrscheinlich vorhanden gewesenen Hydrocephalus (Lumbalpunktion: 66 ccm) Erscheinungen verursacht, die zur Annahme einer tuberkulösen Meningitis führten.

Nach den Untersuchungen von Ophüls (98) ist bei der tuberkulösen Meningitis wohl stets auch das *Ependym der Ventrikel* mit betroffen. Es zeigt oberflächlich und tiefer sitzende Tuberkel, die theils durch Infektion von der Oberfläche her, theils durch Infektion der perivaskulären Lymphwege entstanden sind.

Einen sehr merkwürdigen Fall beschreibt Apert (99). „*Tuberculose osseuse*" bei einer 58jähr. Frau: ausgedehnte Knochenbildung in der Pleura, Tuberkulose der Schädelknochen mit hypertrophischem Charakter und eine eigenthümliche, augenscheinlich von den kranken Schädelknochen ausgehende, die Aussenfläche der Arachnoidea an der Convexität des Gehirns betreffende *Meningitis.*

Merklen und Beaujard (100) fanden bei einem Phthisiker im Innern des *rechten Pedunculus cerebri einen Tuberkel* von der Grösse einer grossen Haselnuss. Im Leben hatten die entsprechenden, schwer zu deutenden Hirnerscheinungen bestanden.

Die Kranke von Cestan (101) bekam bei einer schnell verlaufenden Lungenschwindsucht eine Lähmung beider Beine mit starker Muskelatrophie. C. fand im *Ischiadicus und Cruralis Degeneration* und im zugehörigen Rückenmarke eine starke Entartung der hinteren äusseren Gruppe der Vorderhornzellen. Die Kranke war nicht Trinkerin gewesen.

Jaffé (102) bespricht sehr ausführlich die *Laparotomie bei der Bauchfelltuberkulose,* deren Werth ihm vielfach überschätzt scheint. Er legt das Hauptgewicht auf das Ablassen eines vorhandenen Ergusses, wodurch dem Körper der Kampf gegen die Tuberkulose wesentlich erleichtert wird. J. denkt hierbei in erster Linie an ein Ersticken der Tuberkel durch Bindegewebewucherung und hält deshalb tuberkulöse Peritonitiden mit ausgedehnten Verwachsungen für ungeeignet für die Operation, da sie schon, soweit es möglich ist, in der Heilung begriffen sind. — Dass und wie weit die Anschauungen J.'s mit neueren Untersuchungen und Beobachtungen nicht übereinstimmen, können wir hier nicht näher ausführen, gegen sie sprechen hauptsächlich die Nutzlosigkeit der einfachen Punktion und die Thatsache, dass man bereits oft tuberkulöse Peritonitiden nach der Laparotomie hat heilen sehen ohne Verwachsungen.

Hildebrandt (103) schliesst sich in der Hauptsache der Anschauung Nassauer's an, dass das die Peritonitis Heilende die nach der Operation auftretende starke Hyperämie sei. (Vgl. unsere letzte Zusammenstellung.)

Die pathologisch-anatomischen Erörterungen von Maurange (104) enthalten nichts Neues und die nächsten Arbeiten sind rein casuistischer Natur, so dass die umfangreichen Titel genügen.

[Besonderes Interesse haben die beiden Fälle von Merkel (108).

Im 1. Falle handelte es sich um die adhäsive Form, die unter dem Bilde eines sogen. Pseudotumor verlief; die Laparotomie führte zu einem günstigen Erfolge. Ein halbes Jahr nach der Operation entwickelte sich in den Bauchdecken ein tuberkulöser Abscess, der nach Incision und Ausschabung ausheilte.

Der 2. Fall war um deswillen interessant, weil es vor der Laparotomie nicht ganz klar war, in wie weit neben der durch den Lungenbefund ausser Frage gestellten Tuberkulose auch Lues (Lebercirrhose?) Schuld an dem Kräfteverfall und der Dyspnöe trug. Wegen Indicatio vitalis musste die Entleerung des Ascites (12 Liter) vorgenommen werden. Nach der Laparotomie gute Erholung der Patientin. Noch 2 Jahre nach der Operation gute Gesundheit. Arth. Hoffmann (Darmstadt).]

In dem wunderbaren Falle von Ausset u. Bédart (110) wurde das vorher (mit nachfolgenden Kreosotausspülungen der Bauchhöhle) wiederholt vergeblich punktirte seröse Exsudat nach Anwendung der Röntgenstrahlen zunächst blutig und schwand dann vollständig (!).

Im Centralblatte für allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie (IX. 21. 22. 1898) beschreibt Dr. M. Simmonds aus dem Hamburger St. Georg-Krankenhause 2 Fälle der sehr seltenen grossknotigen, geschwulstartigen *Lebertuberkulose.* Im 1. Falle waren die Lungen frei, es bestanden Wirbel- und Drüsentuberkulose, Tuberkulose der serösen Häute; von dem grossen Leberknoten war eine Aussaat miliarer Tuberkel in das verwachsene Zwerchfell und die angrenzende Pleura erfolgt. Im 2. Falle war das Erste augenscheinlich eine Lungentuberkulose gewesen.

[Hegar hat vor einiger Zeit in einem Vortrage (Jahrbb. CCLIX. p. 247) Aetiologie, Diagnose und Therapie der *Tuben- und Beckenbauchfelltuberkulose* behandelt. Alterthum (111) giebt nun durch ausführliche Mittheilung der Krankengeschichten und pathologisch-anatomischen Untersuchungresultate die Belege für die in Hegar's Vortrag enthaltenen Aufstellungen. Bezüglich der Behandlung sind nach A. die frischen Erkrankungen, die schon längere Zeit bestehenden Entzündungen und die ganz alten Formen des Leidens zu trennen. In frischen Fällen empfiehlt es sich, zunächst abzuwarten und erst dann zu operiren, wenn trotz einem geeigneten diätetischen und medicinischen Heilverfahren keine Besserung eingetreten ist. Schon längere Zeit bestehende Entzündungen, die trotz zweckmässiger Behandlung keine entschiedenen Fortschritte zur Besserung machen, bilden das Hauptfeld für die operative Thätigkeit. Dagegen soll man bei alten indolenten Formen im Allgemeinen von der Operation absehen.

Die Technik der Operation ist die gleiche, wie sonst bei Salpingotomieen; nur durch Laparotomie ist übrigens ein sicheres, exaktes Operiren möglich. Liegt der medialste Knoten im interstitiellen Theile der Tube, so ist man genöthigt, die entsprechende Pars keratina uteri mit zu reseciren. Ist die Uterusschleimhaut mit erkrankt, so wird man Uterus und Adnexe herausnehmen.

Complicirt werden die Operationen in erster Linie durch die massenhaften Verwachsungen, die sich zwischen den einzelnen Bauch- und Beckenorganen bei Tuberkulose bilden. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

Hofbauer (112) glaubt in Schauta's Klinik einen Fall von *primärer Uterustuberkulose* gesehen zu haben.

Bei einer im Klimax stehenden Frau war eine tuberkulöse Affektion des gesammten Endometrium entstanden. Die Erkrankung hatte einen chronischen Verlauf genommen: das mikroskopische Bild zeigte eine geringe Neigung des neugebildeten Gewebes zum Zerfalle, dagegen vielfach die Tendenz zur bindegewebigen Umbildung. Die Tuben waren frei, ebenso, soweit eine klinische Untersuchung Sicherheit ergiebt, die anderen Organe. Ausser dem Gebärmutterkörper fand sich auch die Cervikalschleimhaut erkrankt, die im Allgemeinen gegen das tuberkulöse Virus äusserst widerstandfähig ist. Brosin (Dresden).]

Frank S. Matthews berichtet in New York med. Record vom 17. Dec. 1898 von einer 22jähr. Kr., der wegen einer zweifelhaften Geschlechtskrankheit Uterus und Anhänge herausgenommen wurden; man fand eine „*primäre Tuberkulose der Cervix uteri*“.

Savariaud (113) stellt in einem klinischen Vortrage das über die *Nieren-*, bez. *Urogenitaltuberkulose* Bekannte geschickt zusammen. Er trennt „type primitif sanguin, medical ou descendant“ und „type secondaire chirurgical ou ascendant“. Für beides geben Albarran und Cottet (114) Beispiele, die ihrer Ansicht nach beweisend sind.

Im 1. Falle wurde nach ziemlich unbestimmten Erscheinungen, Abgang kleiner Steine, Schmerzen, geringe Blutungen, die rechte Niere herausgenommen und erwies sich als vorgeschritten tuberkulös, von tuberkulösen Cavernen durchsetzt, die zum Theil eine ausgesprochene Neigung zur Ausheilung zeigten, die in der Nierenrinde sassen und nicht in das Nierenbecken durchgebrochen waren. Dem entsprechend wiesen die Harnwege, so weit die Untersuchung erkennen liess, nur sehr geringe Erkrankungen auf. Die linke Niere schien gesund zu sein. Im 2. Falle handelte es sich um eine Niere mit zwei Ureteren. Die Tuberkulose war von der schwer erkrankten Blase nur durch den einen Ureter in die Niere gekrochen und hatte nur den zugehörigen Theil der Niere ergriffen, der andere Ureter und seine Nierenhälfte waren vollkommen frei.

Gordon (115) erörtert die *Diagnose der Blasentuberkulose,* bei der Verwechselungen mit Steinen leicht möglich sind. Cumston (116) meint, die Blasentuberkulose sei bei Kindern wahrscheinlich nicht so gar selten, werde aber nicht immer erkannt. Bei richtiger Behandlung (C. ist sehr für die Eröffnung der Blase vom Bauche her) kann sie wahrscheinlich ausheilen, wofür C. einBeispiel anführt. — Wenn C. meint, die Infektion der Blase könne unter Anderem namentlich auch von einem tuberkulösen Hüftgelenke ausgehen, so bestätigt dieses der Fall, über den Schröder (117) berichtet.

Die Kr. hatte im 6. Lebensjahre eine rechtseitige Coxitis gehabt, die mit starker Eiterung langsam heilte. Im 38. Jahre bekam sie Blasenbeschwerden und man fand eine Tuberkulose der rechten Hälfte des Blasenscheitels.

Goldberg (118) macht mit Recht darauf aufmerksam, dass die neuerdings beliebte, rein chirurgische Behandlung der Urogenitaltuberkulose nicht immer zum Vortheile der Kranken ist. Der Chirurg kommt oft zu spät; wenn er den am stärksten ergriffenen Theil entfernt, hat das Leiden bereits andere Theile mit ergriffen. G. redet für viele Fälle einer hygieinisch-diätetischen und medikamentösen Behandlung das Wort. Unter den Arzneien hat sich ihm das Ichthyol gut bewährt, besser als Kreosot u. s. w. Er giebt: Ichthyl. sulfoammoniac., Aq. destillat. ana 3mal täglich nach dem Essen in viel Wasser 10—70 und noch mehr Tropfen.

Scudder (119) hat im Anschlusse an eine eigene Beobachtung 80 Fälle von *Mammatuberkulose* aus der Literatur zusammengestellt. Die meisten Kranken waren etwa 35 Jahre alt, einige stammten aus tuberkulösen Familien. Die Hälfte der Kranken hatte geboren, 10 hatten eine Mastitis durchgemacht. — Etwas Neues enthält die Uebersicht Sc.'s nicht.

120 und 121 sind belanglos. Für den praktisch wichtigen Fall von *Augentuberkulose,* über den Edington (122) berichtet, genügt der Titel.

[Boeck (123) bespricht diejenigen *Hautausschläge, die sich erfahrunggemäss bei Personen zeigen, die früher oder später als tuberkulös sich herausstellen.* Da Tuberkelbacillen in der Haut hierbei nicht gefunden werden, handelt es sich wahrscheinlich um eine Fernwirkung, die durch Toxine vermittelt wird. Da diese zum Theil sehr häufigen Hauterkrankungen als sichere Zeichen einer tuberkulösen Infektion aufgefasst werden dürfen, ist ihre grosse Bedeutung für die Praxis ersichtlich, indem sie das Augenmerk auf die bestehende Tuberkulose richten, so dass diese innerhalb gewisser Schranken gehalten und ein Uebergreifen auf die edlen Organe verhütet werden kann.

Als erste Form dieser Exantheme führt B. den von ihm so benannten *Lupus erythematosus disseminatus* an, der sowohl mit dem Lupus erythematosus discoides und disseminatus von Kaposi, wie mit dem Lichen scrophulosorum Hebra verwandt ist. Es handelt sich um eine eigenthümliche Form des Lupus erythematosus, von der B. zuerst im Jahre 1880 2 Fälle ausführlich beschrieb, deren einer das von Kaposi als Symptom des Lupus erythematosus beschriebene „Erysipelas perstans“ aufwies. Die Primärefflorescenz bestand in einem erythematösen Fleck oder einer Papel, die häufig aus einem tiefer gelegenen entzündlichen Knoten hervorging; eine grosse Anzahl der Efflorescenzen nekrotisirte alsdann und heilte mit theils punktförmigen, theils bis hanfkorngrossen Narben ab. Beide Pat. waren von Kindheit an scrofulotuberkulös gewesen mit Drüsentumoren und tuberkulösen Augenerkrankungen. Es wurde späterhin eine ganze Reihe von Fällen dieser Krankheit beobachtet und beschrieben als „Folliculites disséminées symmétriques des parties glabres à ten-

dances cicatricielles" (Brocq), „Acne varioliformis" (Bronson), „Hydradenitis destruens suppurativa" (Pollitzer), „Hydrosadénites suppuratives disséminées" (Dubreuilh), „Lupus erythémateux anormal, folliclis à type morbide nouveau" (Hallopeau) etc. B. theilt 12 Fälle dieser Form ausführlich mit, in dreien kam gleichzeitig ein typischer Lichen scrophulosorum vor. Alle Fälle betrafen ausgesprochen scrofulo-tuberkulöse Individuen.

Der mikroskopische Befund ergab als erstes Zeichen der Erkrankung eine Erweiterung der Gefässe. Es lässt sich annehmen, dass die im Blute cirkulirenden Toxine auf die vasomotorischen Centren wirken; es werden die Endothelien alsdann angegriffen, die Toxine dringen in das Gewebe und erzeugen eine sehr verbreitete Proliferation der fixen Bindegewebezellen, gleichzeitig findet eine Auswanderung weisser Blutkörperchen statt. Es kommt hierauf zur Nekrose gewisser Gewebetheile; trifft diese auch die Oberhaut, und siedeln sich die Bakterien von aussen an, so kommt es zu einer gesteigerten und massenhaften Auswanderung weisser Blutkörperchen. Es lässt sich demnach die Affektion als eine „Toxidermie" auffassen.

Bei der Behandlung dieser Krankheit waren Bleiwasserumschläge von sehr schneller Wirkung; liessen sie sich nicht anlegen, so wirkten günstig Waschungen mit Bleiwasserliniment (Talci pulv., Amyli ana 50, Glycerini 20, Aq. saturnin. 100). Die Substanzverluste heilten ab unter $^1/_2$—1proc. Lapisumschlägen. Gegen das constitutionelle Leiden wurden Eisenchininwein und Leberthran angewandt.

Als zweites Exanthem der Tuberkulose führt B. den wohlbekannten *Lichen scrophulosorum* Hebra an. B. fasst ihn nicht als wahre Hauttuberkulose auf trotz der von Neisser und Jadassohn beobachteten typischen lokalen Reaktion um die Lichenpapeln nach Tuberkulininjektionen und trotz des Befundes von Riesenzellen im Infiltrate der Haut, weil es nur 1mal gelang, einen Bacillus aufzufinden (Jacobi) und weil ferner die Impfversuche auf Thiere immer ergebnisslos blieben.

Als drittes Exanthem der Tuberkulose ist das *Eczema scrophulosorum* zu nennen. Es kommt besonders bei älteren Kindern und jüngeren Erwachsenen vor und bildet mehr oder weniger infiltrirte, röthliche oder gelbröthliche Flecke und Flächen, die oft nur schuppend, aber auch theilweise nässend und mit Krusten belegt sein können, diese Flächen sind oft von circinärer und gyrirter Form; an den Beinen kommen daneben Papeln und Pusteln vor. Die grösseren Flecke können während der Involution ein Abschlussstadium mit kleinen circumpilären Papeln, die an einen Lichen scrophulosorum erinnern, darbieten. Auch die Lokalisation entspricht in manchen Beziehungen der gewöhnlichen Verbreitung eines Lichen scrophulosorum: vordere und hintere Thoraxfläche, äussere Seite der Ober- und Unterarme, Beine, äussere und vordere Fläche. Auf dem behaarten Kopfe zeigt sich das Ekzem als Pityriasis oder als nässendes impetiginöses Ekzem. Das Ekzem ist symmetrisch, juckt nicht stark, heilt leicht ab unter Bleisalbe und recidivirt sehr leicht. Ganz leichte, besonders auf Kopf und Hals beschränkte Formen sind sehr häufig. Es kommt ausschliesslich bei nachweisbar scrofulo-tuberkulösen Individuen vor.

Endlich ist der zuerst beschriebene und am besten gekannte *Lupus erythematosus discoides* als tuberkulöses Exanthem anzuführen. Während vielseitig, besonders in Deutschland, ein Zusammenhang dieser Erkrankung mit der Tuberkulose in Abrede gestellt wird, haben französische und englische Autoren schon sehr früh diese Anschauung vertreten. B. führt 36 Fälle aus seiner Praxis an, von denen nur in 17% ein Zusammenhang mit Tuberkulose nicht nachgewiesen werden konnte. Der Umstand, dass diese Krankheit mit dem Lupus erythematosus disseminatus gemischt vorkommt, spricht ebenfalls für ihren Zusammenhang mit der Tuberkulose.

Welche Momente nun dafür entscheidend sind, dass eine dieser Ausschlagsformen im einzelnen Falle, in Folge der bacillären Infektion, auf der Haut zum Vorschein kommt, lässt sich zur Zeit noch nicht sagen. Alter und Geschlecht spielen jedenfalls eine Rolle in dieser Hinsicht; das Eczema scrophulosorum kommt am häufigsten im Kindesalter und bei Knaben vor, ebenso der Lichen scrophulosorum besonders bei grösseren Kindern und ganz jungen Erwachsenen. Der Lupus erythematosus gehört in das reifere Alter und befällt häufiger Frauen.

Charakteristisch ist, dass alle diese Exantheme in hohem Grade symmetrisch auftreten. Sie sind höchst wahrscheinlich als „Toxidermien" aufzufassen, die durch die Einwirkung der tuberkulösen Toxine auf gewisse Nervencentren eingeleitet sind.

Als prämonitorische Zustände haben diese Exantheme der Tuberkulose eine grosse praktische Bedeutung; wenn es auch den meisten der damit befallenen Kranken zunächst gut gehen kann, so fällt doch ein Theil von ihnen oft viele Jahre später der Phthise anheim. Wird frühzeitig genug auf das constitutionelle Leiden die Aufmerksamkeit gerichtet, so kann sicherlich in vielen Fällen ein derartiger übeler Ausgang verhütet werden.

Wermann (Dresden).]

Schwimmer (124) beschreibt in der üblichen Trennung die *Hauttuberkel* und das *tuberkulöse Geschwür*, den *Lupus vulgaris*, das *Scrofuloderma* und die *Tuberculosis verrucosa cutis*. Er ist geneigt, das Hervortreten dieser oder jener Form auf constitutionelle Eigenthümlichkeiten des Betroffenen zurückzuführen. Damit würde sich auch erklären, dass Hauttuberkel und tuberkulöses Geschwür sehr viel häufiger mit innerer Tuberkulose verbunden sind als z. B. der Lupus. „Der Tuberkelbacillus als Träger der beiden Affektionen wirkt je-

nach dem Boden, auf welchem er zur Entwickelung gelangt, verschiedenartig, die Reaktion des inficirten Gewebes bedingt sodann die Reihe der consekutiven Zufälle." Lupus erythematodes und Lupus vulgaris hält Schw. nicht für identisch. Er hat letzteren bei 910, ersteren bei 62, beide zusammen bei 5 Kranken gesehen. Dass die Kranken mit Lupus erythem. häufig tuberkulös sein, bez. werden, und dass sie auf Tuberkulin reagiren sollen, kann er nicht bestätigen. Das Scrofuloderma hat Schw. neben 910 Lupuskranken 188mal gesehen, die warzenförmige Hauttuberkulose in 3 Jahren 10mal.

Moschini (125) meint, dass die Letztere durch eine Mischinfektion von Tuberkulose und abgeschwächter Sepsis zu Stande komme.

[Audry (126) hat bereits im Jahre 1894 über den Befund tuberkulöser Gewebebildung in einem Falle von Lupus erythematosus disseminatus des Gesichts und der Glieder berichtet und theilt jetzt einen 2. derartigen Fall mit.

Eine 28jähr. Arbeiterin von kräftigem Körperbau und guter Gesundheit bemerkte auf dem Hinterhaupte das Entstehen eines rothen, etwas schmerzhaften Fleckes; einige Monate später traten nach und nach neue derartige Flecke auf, dahinter, am linken Ohrläppchen, in der rechten Schläfengegend, in der linken Schläfengegend, endlich in der linken hinteren Ohrfurche. Zuletzt bildeten sich Efflorescenzen auf der Nase. Das Bild war typisch für Lupus erythematosus. Die erkrankte Stelle der Nasenhaut und ein Stück des grössten Herdes der Kopfhaut wurden excidirt und histologisch untersucht. Während die Nasenhaut keine tuberkulösen Gewebe zeigte, fand sich in der erkrankten Kopfhaut in der Tiefe der Cutis in einigen wenigen der zahlreichen Schnitte deutliche Tuberkelbildung mit Riesenzellen; Bacillen waren nicht nachzuweisen. Wermann (Dresden).]

Rosenthal (128) berichtet über einen 22jähr. Kr., der *zu gleicher Zeit alle Formen der Hauttuberkulose* an sich aufwies. Im Gesicht hatte er einen knotigen Lupus vulgaris, am rechten Vorderarme Scrofuloderma („welches den Charakter des im Zerfall begriffenen Gummi darbietet") und tuberkulöse Geschwüre und auf dem Handrücken eine typische Tuberculosis verrucosa cutis. Der Gesichtlupus war das erste gewesen. — Der Kr. wurde mit gutem Erfolge energisch chirurgisch behandelt.

Die beiden Arbeiten von Scheuber (129) und von Waelsch (130) stammen aus der Prager Hautklinik von Pick und berichten über die Erfahrungen und Beobachtungen, die dort an 32 mit *Tuberkulin-R behandelten Lupus- und Scrofulodermakranken* gemacht worden sind.

[Die Kranken entsprachen nach Scheuber's Angaben hinsichtlich des Allgemeinbefindens den Koch'schen Anforderungen, sie wiesen keine zu sehr vorgeschrittene Tuberkulose auf, es bestand keine bedrohliche Erscheinungen veranlassende Streptokokken-Infektion, keine Temperatursteigerung über 38° C. vor Beginn der Behandlung. Die Ergebnisse fasst Sch. wie folgt zusammen: 1) Eine Tuberkulin-Injektion verläuft nur sehr selten reaktionlos. Meist kommt es zu Reaktionen an den Injektionstellen, wie auch an den Erkrankungherden. 2) Eine Allgemeinreaktion des Körpers, die sich durch mitunter recht erhebliche Temperatursteigerung kundgiebt, lässt sich selbst bei noch so vorsichtiger Steigerung, selbst bei Wiederholung derselben Dosis nie mit Bestimmtheit vermeiden. 3) Im Beginne einer Injektiontherapie kommt es zu einem gewissen Grade von Besserung, aber niemals zu einer Heilung der Herde. 4) Eine Dosis von 0.02 reicht nicht hin, den Process zum Schwinden zu bringen, und es dürfte auch bei höheren Dosen keine endgültige Heilung zu erwarten sein, da die Besserung nur im Beginne der Therapie sich einstellte und der Process gegen das Ende hin meist stationär blieb. 5) In einer Reihe von Fällen hat man sich bei vollständig durchgeführter Injektiontherapie, selbst bei nachfolgender operativer Entfernung des erkrankten Gewebes in Folge der auftretenden Recidive davon überzeugt, dass keine Immunität eingetreten war, in wie weit diese in den anderen Fällen erfolgt ist, dürfte erst nach längerer Beobachtung entschieden werden. 6) Die Behandlung mit dem neuen Tuberkulin-R bietet mithin keine wesentlichen Vortheile gegenüber dem alten Tuberkulin, mit dem es bei gleich hoher Dosirung alle Nachtheile gemein hat; überdies gestaltet sich in Folge der langen Dauer der Behandlung und des hohen Preises des Medikamentes die Therapie sehr kostspielig. Die beobachteten Complikationen weisen ausserdem darauf hin, dass die Behandlung wo möglich im Krankenhause durchgeführt werden muss, da die genaueste Ueberwachung des Falles rathsam erscheint, wenn man vor unangenehmen Ueberraschungen gesichert sein will.
Wermann (Dresden).]

Waelsch beschreibt genau die Vorgänge bei der Reaktion und bei der oft ganz beträchtlichen Rückbildung. Er stellt sich die Sache etwa so vor, dass das Tuberkulin die in den Krankheitherden sitzenden Tuberkelbacillen zu einer vermehrten Giftbildung anregt und dass nun diese Gifte und das Tuberkulin gemeinsam die entzündliche Reaktion der Nachbargewebe hervorrufen.

[Kaczanowski (131) kam durch einen Zufall darauf, dass das *übermangansaure Kalium* Granulationengewebe zerstört, während es gleichzeitig auf gesunde Gewebe keineswegs dieselbe Wirkung ausübt, und probirte das Mittel daraufhin gegen *Lupus*. Er hat es in 34 verschiedenen Fällen von *Lupus* angewandt (*Lupus vulgaris, exulcerans, fungosus, serpiginosus, hypertrophicus*), bei Erkrankung des Gesichts, der Glieder und des Rumpfes; ausserdem bei örtlichen tuberkulösen Affektionen tiefliegender Gewebe, nachdem in diesen Fällen die wiederholte sorgfältige Ausschabung mit dem scharfen Löffel nicht zum Ziele geführt hatte. In allen Fällen hat er guten Erfolg gehabt. 7 Fälle von verschiedenen Lupusformen werden ausführlicher mitgetheilt.

Das Verfahren bei der Anwendung des Kalium hypermangan. ist sehr einfach. Auf die von Krusten befreite,

sorgfältig abgetrocknete Lupusfläche wird eine 2—5 mm hohe Schicht trockner, pulverisirter Krystalle des reinen übermangansauren Kalium gestreut. Darüber kommt eine Schicht sterilisirter Watte, um das Pulver zu fixiren und um das Wundsekret aufzusaugen. Tuberkulöse Höhlengeschwüre werden mit dem Pulver ganz angefüllt. Der Verband wird gewechselt, wenn er von Wundsekret durchdrungen ist. Ist die Wunde gereinigt, so wird sie mit einem einfachen antiseptischen Verbande bedeckt.

Der lokale Schmerz nach dem Bestreuen mit Kalium hypermang. dauert ziemlich lange; er ist schwächer oder stärker je nach der betr. Stelle und nach der Individualität des Kr.; im Allgemeinen aber scheint er geringer zu sein als beim Gebrauche anderer caustischer Mittel.

P. Wagner (Leipzig).

Fournier (132) erzählt von einem 52jähr. Manne, der mit einer seit dem 4. Lebensjahre bestehenden typischen Tuberkulose der Haut des Armes und der Hand in das Hospital kam. Jede syphilitische Ansteckung wurde verneint und kein Zeichen hereditärer Syphilis vorgefunden. Es wurden *Calomel-Injektionen* gemacht und schon nach drei Injektionen waren die Geschwüre vernarbt.

In einem ähnlichen Falle von Lupus des Gesichts wurde der Kr. auf gleiche Weise geheilt; doch trat später ein Recidiv auf, das nach einem intercurrenten Erysipel heilte.

Die Ansicht, dass es sich bei Heilung tuberkulöser Leiden durch Quecksilber um einen diagnostischen Irrthum handle, kann nach F. nicht aufrecht erhalten werden und der Erfolg einer Quecksilberkur ist nicht schlechtweg beweisend für die syphilitische Natur der Erkrankung; das Jodkalium wirkt ebenfalls nicht nur auf syphilitische Affektionen, sondern auch bei Aktinomykose günstig. Wermann (Dresden).]

Aus der umfangreichen Arbeit von Blos (133) über *Lymphdrüsentuberkulose* können wir nur Einiges kurz wiedergeben. Sie stützt sich auf 308 Fälle der Heidelberger chirurg. Klinik. Bei 101 Kranken (32%) bestand sicher erbliche Belastung, das männliche Geschlecht überwog etwas das weibliche (196 : 112); dem Alter nach ist die Sache meist so, dass die Infektion zwischen dem 1. und dem 10. Jahre erfolgt, dass aber erst mit Eintritt der Pubertät, bei Mädchen zwischen dem 10. und dem 15. Jahre, bei Knaben zwischen dem 15. und dem 20. Jahre, die Drüsen stark anschwellen, vereitern u. s. w. B. stimmt vollkommen mit Volland darin überein, dass die Ansteckung meist vom Boden her erfolgt, sehr begünstigt wird sie durch vorhandene Scrofulose, „diejenige Constitutionsanomalie des Kindesalters, die sich in chronisch entzündlichen Processen der Haut und Schleimhaut des Gesichts und Kopfes äussert, in nichts von den gewöhnlichen Entzündungen pathologisch-anatomisch sich unterscheidet und die Zeit der Pubertät meist nicht überdauert". Zu dem letzten Passus möchten wir ein grosses Fragezeichen machen, der strengen Scheidung von Scrofulose und Tuberkulose aber entschieden zustimmen. — Für die Beurtheilung, wie weit sich die Drüsentuberkulose mit Tuberkulose anderer Organe verbindet, konnten 160 Kranke benutzt werden, 26% wiesen Tuberkulose der Lungen und 14% Tuberkulose anderer Körpertheile auf, macht 40%. Für die Dauerresultate der operativen Behandlung lassen sich nur 82 Kranke verwerthen und von diesen blieben 43 geheilt, darunter 28 nach nur einer Operation. Es kann also mindestens die Hälfte aller Drüsentuberkulösen durch kräftiges Eingreifen geheilt werden. Eine Zahl, die auch durch andere Statistiken bestätigt wird.

Bulius (134) verarbeitet die Krankengeschichten von 27 *tuberkulösen Säuglingen* aus der Heubner'schen Klinik in Berlin. Die Diagnose der Tuberkulose im 1. Lebensjahre ist schwer. Wenn man nicht bacillenhaltiges Sputum bekommen kann (manche Kinder husten doch einmal etwas aus oder man wischt mit Watte den Rachen aus; Meunier [135] hat mehrfach bacillenhaltigen Auswurf aus dem Magen der Kinder durch Ausspülungen gewonnen), dann ist man meist auf eine richtige Beurtheilung verschiedener, an sich nicht ausschlaggebender Erscheinungen angewiesen. Für Tuberkulose spricht: erbliche Belastung und die Möglichkeit einer Ansteckung, auffallendes Mürrischwerden der kleinen Kranken, stete Gewichtsabnahme bei gutem Appetit, guter Verdauung und verständiger Ernährung, anhaltender Husten, das Auftreten hartnäckiger Hautkrankheiten (Furunkulose, Ekzem), das Anschwellen der Supraclavikulardrüsen, wenn die weiter peripherisch gelegenen Drüsen unverändert bleiben und das Anschwellen der Mesenterialdrüsen; mit vergrösserten Hals- und Nackendrüsen ist nicht viel anzufangen; Milztumor ist häufig; Vorhandensein oder Fehlen von Fieber beweist nichts. Für akute Tuberkulose sprechen noch besonders: „Auffallende, durch den sonstigen Befund nicht recht erklärbare Unruhe und Jaktation; zeitweilige Convulsionen bei Abwesenheit anderer krampfbedingender Momente; Fehlen von Diarrhöe und Nephritis bei Abwesenheit vorher bestehender, in Betracht zu ziehender Erkrankungen, Vorhandensein derselben spricht gegen Tuberkulose; Cyanose und auffallende Beschleunigung der Athmung, wenn diese im Missverhältnisse zum Lungenbefunde steht und eine Täuschung durch Thoraxrhachitis ausgeschlossen werden kann; Produktion grosser Sputumballen (Höhlenbildung in der Lunge); vorübergehende Collapsanfälle bei noch wenig reducirten, nicht daran leidenden Kindern; das Auftreten mittel- und grossblasiger klingender Rasselgeräusche bei vorhandenen ausgedehnten Lungeninfiltrationen". B. schildert dann noch 2 Formen: die akute tuberkulöse Pneumonie und die akute Miliartuberkulose, genauer, die noch am ehesten rechtzeitig erkannt werden können, und giebt zum Schlusse die Krankengeschichten wieder.

Guthrie (136) verfügt über ein Material von 77 *tuberkulösen Kindern* und rechnet heraus, dass bei Kindern die Lungentuberkulose sich zur Unterleibstuberkulose wie etwa 3 : 2 verhält. Die Lungen werden durchaus nicht nur durch direkt in

sie hineingelangte (eingeathmete) Bacillen inficirt, sondern sie erhalten die Bacillen auch vom Rachen, von den Mandeln, vom Oesophagus, vom Darme u. s. w. her. Bei primärer Unterleibstuberkulose ist nicht die Nahrung, die Milch, allein als einzige Ursache anzusehen. Die Tabes mesaraica bleibt oft bis zum Tode unerkannt.

Siegert (137) berichtet über 2 Fälle von *Pharynxtuberkulose bei Kindern.*

Im 1. Falle handelte es sich um weit vorgeschrittene Miliartuberkulose, die Geschwüre am weichen Gaumen waren ohne Weiteres als tuberkulös zu erkennen; der Darm war frei.

Der 2. Fall betraf ein fieberfreies, bis dahin ganz gesund erschienenes Kind, die Erscheinungen an der Rachenschleimhaut machten ganz den Eindruck chronischer Diphtherie und die richtige Diagnose wurde erst möglich, als die Halslymphdrüsen verkästen, Uvula und Epiglottis zerstört wurden, am Rande des Geschwürs einzelne käsige Knötchen auftraten und als sich eine Darmtuberkulose und später eine allgemeine Miliartuberkulose hinzugesellten.

Die Ausführungen Jacobson's (138) über die *Tuberkulose der Leber bei Kindern* enthalten nichts Neues.

Die Fälle von örtlicher *Tuberkulose bei Greisen,* über die Vidal (139) berichtet, sind namentlich interessant als Beispiele für die lange Latenz der Tuberkulose. Einer der zwischen 70 und 78 Jahren stehenden Kranken hatte von 20 Jahren eine Hämoptyse gehabt, zwei hatten als Kinder an Drüsentuberkulose gelitten, alle drei hatten Jahrzehnte lang den Eindruck voller Gesundheit gemacht. Zweien waren mehrere Kinder an Schwindsucht gestorben, lange bevor bei ihnen selbst die Tuberkulose zum Vorscheine gekommen war.

Fieux (140) bespricht unter Einfügung mehrerer Krankengeschichten das *Verhältniss der Tuberkulose zum Geschlechtsleben der Frauen.* Dass Entbindung und Wochenbett die Tuberkulose begünstigen, sie unter Umständen wachrufen und bösartiger machen, ist allgemein anerkannt. F. meint, dass auch die Schwangerschaft ungünstig für Phthisische und zur Phthise Beanlagte sei. Die Kinder werden meist ausgetragen und kommen mit wenigen Ausnahmen nicht tuberkulös zur Welt. Schwindsüchtige Mütter sollen ihrer selbst und der Kinder wegen nicht stillen.

Fagonsky (141) sucht die Anschauung, dass die Tuberkulose während der Schwangerschaft gutartig verläuft und nur langsam, bez. gar nicht fortschreitet, experimentell zu stützen, schwangere Meerschweinchen blieben nach der Infektion länger am Leben als nicht schwangere.

Mouton (142) sah bei einem Kr. einen intercostalen Herpes zoster über der tuberkulösen Lunge. Für den Fall von Hills (143) genügt die Ueberschrift.

Verhütung und Behandlung.

144) *Autotransfusion und Prophylaxe bei Lungentuberkulose;* von Dr. Eugen Jacoby in Bayreuth. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19. 20. 1899.)

145) *Zur Prophylaxe der Tuberkulose;* von Prof. B. Fränkel. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 2. 1899.)

146) *Die Bekämpfung der Tuberkulose;* von Dr. Georg Liebe. (Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXX. 4. p. 667. 1898.)

147) *Belehrung über die Bekämpfung der Tuberkulose.* 11 Sätze, aufgestellt vom grossherzogl. Ministerium des Inneren. (Aerztl. Mittheil. aus u. für Baden LIII. 8. 1899.)

148) *Die Beseitigung des Auswurfs Tuberkulöser;* von Dr. Alexander Ritter von Weismayr. (Ztschr. f. Krankenpfl. XX. 12. 1898.)

149) *Bemerkungen zu den Thesen des Pariser Tuberkulose-Congresses;* von Prof. R. Kobert. (Ztschr. f. diätet. u. physikal. Ther. II. 2. p. 142. 1898.)

150) *Sur la prophylaxie de la tuberculose.* (Bull. de l'Acad. de Méd. LXII. 26; Juin 28. 1898.) Enthält die Schlusssätze einer sehr umfangreichen Verhandlung in der Akademie.

151) *La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux;* par A.-J. Martin. (Gaz. hebd. XLV. 64. Août 11. 1898.)

152) *Prophylaxie de la tuberculose dans les agglomérations humaines.*

La question du crachoir.

Sur un procédé simple pour aseptiser les planchers.

De la désinfection dans ces rapports avec la prophylaxie de la tuberculose.

Prophylaxie de la contagion de la tuberculose de l'homme à l'homme.

De l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose dans les grands établissements d'instruction secondaire. (Gaz. hebd. XLV. 66. 70. 1898.)

Prophylaxie de la tuberculose dans l'enfance; par Léon Dereoq. (Gaz. des Hôp. LXXI. 99. Sept. 1. 1898.)

La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie; par B. Bang. (Semaine méd. XVIII. 41. Août 3. 1898.)

Mittheilungen aus dem Pariser Tuberkulose-Congress.

153) *Rapport sur l'organisation d'une ligne préventive contre la tuberculose;* par le Dr. Hottlet. (Belg. méd. V. 39. Sept. 29. 1898.)

154) *Prophylaxie de la tuberculose. Mésures préventives contre la contagion bacillaire à Cannes et dans les stations du littoral méditerranéen;* par le Dr. E. Guiter. (Ann. d'Hyg. publ. 3. S. XL. 3; Sept. 1898.)

155) *La prophylaxie de la tuberculose à l'académie de médecine et au congrès de la tuberculose;* par le Dr. Paul Reille. (Ibid. 4; Oct. 1898.)

156) *Les poussières et la tuberculose. Imperméabilisation des planchers;* par le Dr. Paul Reille. (Ibid. XLI. 4; Avril 1899.)

157) *L'hospitalisation des phthisiques nécessiteux et la prophylaxie de la tuberculose aux îles Britanniques;* par le Dr. G. Schamelhout. (Anvers 1899. Imprimerie J.-E. Buschmann. 8. 76 S.)

158) *The prevention of tuberculosis;* by F. Rufenacht Walters. (Lancet July 30. 1898.)

159) *The prevention of tuberculosis;* by Charles Egerton Fitz-Gerald. (Ibid. Oct. 8. 1898.)

160) *The prevention of consumption and other forms of tuberculosis;* by Sir William Broadbent. (Ibid. Oct. 29. 1898.)

161) *The prevention of phthisis, with special reference to its notification to the medical officer of health;* by Arthur Newsholme. (Ibid. Febr. 4. 1899.)

162) *Repression of consumption;* by William Robinson. (Brit. med. Journ. July 23. 1898.)

163) *The etiology and prevention of tuberculosis;* by D. S. Davies. (Ibid. April 8. 1899.)

164) *The relation of the state consumptive, with special reference to prevention of the disease and state care of the incipient consumptive;* by John H. Pryor. (New York med. News LXXIV. 7; Febr. 18. 1899.)

165) *State and municipale care of consumptives;* by S. A. Knopf. (New York med. Record LIV. 13; Sept. 24. 1898.)

166) *The duties of the community with regard to tuberculosis;* by Joseph O'Carroll. (Dubl. Journ. of med. Sc. CVI. p. 322. Oct. 1. 1898.)

167) *Tuberculosis and its prevention;* by G. Sims Woodhead. (Edinb. med. Journ. V. 5; May 1899.)

168) *A visit to a german institution for the treatment of pulmonary disease;* by Lockhart Gillespie. (Ibid.) Betrifft in der Hauptsache Falkenstein.

169) *Some results of open-air treatment of phthisis at Bournemouth;* by Arthur Ransome. (Lancet June 11. 1898.)

170) *Remarks on sanatoria for the open-air treatment of consumption;* by Arthur Ransome. (Brit. med. Journ. July 9. 1898.)

171) *Remarks on the universal applicability of the open-air treatment of pulmonary tuberculosis;* by R. W. Philip. (Ibid. July 23. 1898.)

172) *A discussion of the open-air or hygienic treatment of consumption.* (Ibid. Oct. 1. 1898.)

173) *Remarks on the open-air cure on hygienic treatment of consumption;* by C. Theodore Williams. (Ibid. April 8. 1899.)

174) *Case of phthisis treated by the open-air method;* by W. T. Law. (Ibid.)

175) *Sanatoria and special hospitals for the poor consumptive and persons with slight means;* by James M. Anders. (Therap. Gaz. Dec. 15. 1898.)

176) *Du traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums;* par Netter et Beauvalon.

De la nécessité de multiplier les petits sanatoriums pour le traitement de la tuberculose pulmonaire; par Legendre.

Les sanatoriums populaires pour les tuberculeux en Allemagne; par P. Konindjy.

La tuberculose pulmonaire à l'asile de convalescence de Vincennes; par Maurice Mignon. (Gaz. hebd. XLV. 66. 70. Août 18. Sept. 1. 1898.)

Hospitalisation des indigents tuberculeux de Paris; par Letulle.

L'initiative privée et les sanatoriums pour les tuberculeux adultes et pauvres; par Sersiron.

Sanatoriums pour les tuberculeux pauvres; par S. Bernheim et Blanchet. (Gaz. des Hôp. LXXI. 87. 94. Août 2. 20. 1898.)

L'état actuel de l'hospitalisation des tuberculeux à Paris; par Letulle. (Semaine méd. XVIII. 41. Août 3. 1898.)

Mittheilungen aus dem Pariser Tuberkulose-Congress.

177) *Cure de sanatorium simple et associée;* par L. Landouzy. (Presse méd. VII. 42. Mai 27. 1899.)

178) *La tuberculose pulmonaire à Berck;* par le Dr. J. Pierné. (Gaz. de Par. LXIX. 42. Oct. 15. 1898.)

179) *Les sanatoriums et l'hospitalisation des tuberculeux indigents au IV. congrès de la tuberculose;* par le Dr. Paul Reille. (Ann. d'Hyg. publ. XL. 5. 6. Nov.—Déc. 1898.)

180) *Le traitement de la tuberculose au sanatorium et à l'asile de Leysin;* par le Dr. Exchaquet. (Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 1; Janv. 20. 1899.)

181) *Betrachtungen und Vorschläge zur Tuberkulosefrage;* von Dr. K. Doll in Karlsruhe. (Aerztl. Mittheil. aus u. für Baden LII. 14. 15. 16. 1898.)

182) *Zur Geschichte der Anwendung des Höhenklimas (Gebirgsklimas) behufs Heilung der Lungenschwindsucht (Lungentuberkulose);* von Dr. Bernhard Schuchardt in Gotha. (Erfurt 1898. Carl Villaret. 8. 49 S.)

183) *Volksheilstätten und Reconvalescentenpflege in ihrer Bedeutung für die Bekämpfung der Lungenschwindsucht an der Hand der im Erholungshause zu Braunlage gemachten Erfahrungen;* von Dr. Pfeil Schneider. (Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXX. 4. p. 690 1898.)

184) *Was wird die Heilanstalt Alland zu leisten vermögen?* von Dr. Alexander Ritter von Weismayr. (Wien. klin. Rundschau XIII. 10. 11. 1899.)

185) *Die Volksheilstätte für Lungenkranke zu Laslau O.-S.;* von Dr. Georg Liebe. (Ztschr. f. Krankenpfl XX. 11; Nov. 1898.)

186) *Ueber die Aufgaben des Vertrauensarztes bei der Aussendung von unbemittelten Lungenkranken;* von Dr. H. Kriege in Barmen. (Ebenda XXI. 3; März 1899.)

187) *Zur Beurtheilung der Erfolge der Heilstättenbehandlung;* von Dr. Th. Sommerfeld. (Therap. Monatsh. XIII. 3. 1899.)

188) *Lungenheilstätten und Invaliditätsversicherung;* von Dr. Pielicke in Gütergotz. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 52. 1898.)

189) *Alkohol und Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Frage: Soll in Volksheilstätten Alkohol gegeben werden?* von Dr. Georg Liebe. (Tübingen 1899. Osiander'sche Verlagsbuchh. 8. 63 S.)

190) *Krankenhausbehandlung der schwerkranken Tuberkulösen;* von Dr. Lazarus. (Deutsche med. Wochenschr. XXV. 8. 9. 1899.)

191) *Die Heilerfolge bei Tuberkulösen im Charité-Krankenhause;* von H. Schaper. (Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 14. 1899.)

192) *Ueber die Wirkung des neuen Tuberkulins TR auf Gewebe und Tuberkelbacillen.* Experimentelle Untersuchungen; von Dr. H. Stroebe in Hannover. (Jena 1898. Gustav Fischer. Gr. 8. 114 S.)

193) *Weitere Beiträge zur Tuberkulinbehandlung;* von Dr. Bandelier in Eberswalde. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 50. 51. 1898.)

194) *Vorläufige Erfahrungen mit T. R.;* von W. Freymuth in Görbersdorf. (Therap. Monatsh. XII. 6. 1898.)

195) *Das Tuberkulin bei tuberkulösen Hautaffektionen;* von Dr. Alexander Porges. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 15. 1898.)

196) *Weitere Mittheilungen über TR-Behandlung bei Lupus;* von Dr. W. van Hoorn in Amsterdam. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 27. 1898.)

197) *Untersuchungen des Tuberkulin-R. auf lupöses Gewebe;* von Dr. Ludwig Waelsch. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIII u. XLIV. II. Theil p. 359. 1898.)

198) *Des toxi-tuberculicides;* par Hallopeau.

Sur le traitement de la tuberculose par une nouvelle tuberculine; par J. Denys, Louvain.

Etudes sur la tuberculine TR; par Arloing, J. Courmont et Nicolas, Lyon.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'oxytuberculine; par Hirschfelder, San-Francisco. (Semaine méd. XVIII. 41. 1898.)

Mittheilungen aus dem Pariser Tuberkulose-Congress.

199) *L'oxytuberculine de Hirschfelder;* par L. Guinard. (Lyon méd. XXX. 28; Juillet 10. 1898.)

200) *La tuberculine (TR) dans la tuberculose chirurgicale et pulmonaire;* par Jaboulay et Leclerc. (Ibid. 29; Juillet 17. 1898.)

201) *Traitement du lupus par des injections de la nouvelle tuberculine TR de Koch;* par F. Balzer et R. Mercier. (Bull. gén. de Thér. CXXXVI. 20; Nov. 30. 1898.)

202) *Studio clinico e critico sulla tubercolina antica et la tubercolina T. R.;* del Dott. Michele Brocchieri. (Policlinico V. 11; Nov. 1. 1898.)

203) *The treatment of tuberculosis by tuberculin R.;* by Nathan Raw and John Hill Abram. (Lancet July 23. 1898.)

204) *A plea for the more general use of tuberculin by the profession;* by Mc Call Anderson. (Brit. med. Journ. Oct. 1. 1898. — Vgl. a. Glasgow med. Journ. LI. 5; May 1899.)

205) *A lecture on the treatment of consumption and of lupus by tuberculin;* by G. A. Heron. (Brit. med. Journ. July 9. 1898.)

206) *Short notes on the treatment of lupus vulgaris with TR tuberculin;* by G. G. Stopford Taylor. (Ibid.)

207) *Pulmonary tuberculosis treated with Koch's new tuberculin;* by C. D. Nelson. (Boston med. and surg. Journ. CXXXVIII. 25; June 23. 1898.)

208) *The tuberculin test in cervical adenitis;* by Edward O. Otis. (New York med. News LXXIII. 2; July 9. 1898.)

209) *Experimental studies on the preparation and effects of antitoxins for tuberculosis;* by E. L. Trudeau and E. R. Baldwin. (Amer. Journ. of the med. Sc. CXVI. 6; Dec. 1898. CXVII. 1; Jan. 1899.)

210) *De l'extrait physiologique naso-pharyngien et de son application au traitement de la tuberculose pulmonaire;* par le Dr. R. Fauvel. (Gaz. des Hôp. LXXII. 4. 10. 1899.)

211) *Quelques indications nouvelles sur l'emploi du suc pulmonaire;* par le Dr. Félix Brunet. (Gaz. de Par. LXIX. 29; Juillet 16. 1898.)

212) *Traitement de la tuberculose par le sérum normal de boeuf, le séro-gaïacol et le phosphite de gaïacol;* par Berlioz, Grenoble. (Gaz. hebd. XLV. 70. Sept. 1. 1898.)

L'emploi des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose; par le Prof. Landouzy.

Traitement de la tuberculose par le sérum antituberculeux; par Maragliano.

(Mittheilungen aus dem Pariser Chirurgen-Congress.

213) *Etude sur les injections de sérum artificiel dans la tuberculose pulmonaire;* par A. Fraikin et G. Buard. (Gaz. des Hôp. LXXI. 91. Août 11. 1898.)

214) *Ueber Maragliano's antituberkulöses Serum;* von Dr. Chr. Ulrich in Kopenhagen. (Therap. Monatsh. XII. 10. 1898.)

215) *Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure;* von Prof. Albert Landerer. (Leipzig 1898. F. C. W. Vogel. Gr. 8. VIII u. 308 S.)

216) *Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Creosotum carbolicum und Ammonium sulfo-ichthyolicum;* von Dr. Hugo Goldmann. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 35. 1898.)

217) *Le phosphate de créosote dans la phthisie pulmonaire;* par Bouveau.

Traitement de la phthisie par des inhalations de formol et d'acide carbonique; par Cornil.

L'iodoforme en injections sous-cutanées dans les hémoptysies à répétition du début de la tuberculose; par P. Gallot. (Gaz. hebd. XLV. 70. Sept. 1. 1898.)

Le créosoforme; par Brissonnet.

Inhalations d'air ozonisé; par H. Bergeront.

L'application du chloroforme dans la tuberculose; par Desprez. (Gaz. des Hôp. LXXI. 94. Août 20. 1898.)
Mittheilungen aus dem Pariser Tuberkulose-Congress.

218) *Ueber Geosot (Guajacol. valerianic. Dr. Wendt);* von Dr. Rieck in Bassum. (Deutsche Med.-Ztg. 91. 92. 1898.)

219) *Die Anwendung der Tinctura Eucalypti bei Phthisis florida und Pneumonia typhosa;* von Dr. Anton v. Karika. (Ungar. med. Presse III. 15. 1898.)

220) *Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections d'hétol;* par J. Barozzi. (Presse méd. VII. 37. Mai 10. 1899.)

221) *Ueber die im Ludwigspital mit Thiocol-Roche bei Lungentuberkulose gemachten Erfahrungen;* von Dr. Otto Marcus. (Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 2. 3. 1899.)

222) *Behandlung der Lungentuberkulose mit subcutanen Injektionen von Oleum camphoratum officinale Pharm. germ.;* von Dr. Bruno Alexander. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 48. 1898.)

223) *Ichthyol bei Lungentuberkulose;* von Dr. W. Schiele. (Petersb. med. Wchnschr. XXIX. 8. 1899.)

224) *The hypodermic injection of silver nitrate over the course of the vagi in the treatment of pulmonary consumption;* by Thomas J. Mays. (Boston med. and surg. Journ. CXL. 6; Febr. 9. 1899.)

225) *Die Behandlung der Tuberkulose mit Glandulen;* von Prof. G. Scognamiglio in Neapel. (Wien. med. Presse XL. 10. 1899.)

226) *Zur Schmierseifenbehandlung der tuberkulösen Lokalerkrankungen;* von Prof. Albert Hoffa. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 9. 1899.)

227) *Methodische Schmierseife-Einreibung gegen Scrofulose und Tuberkulose;* von Dr. O. Kappesser. (Darmstadt 1900. Johannes Waitz. 8. 23 S.)

228) *Die Behandlung der Dysphagie und des Hustens speciell bei Tuberkulose;* von Dr. W. Freudenthal. (Monatsh. f. Ohrenhkde. XXXIII. 3. 1899.) Fr. empfiehlt das Heroin und einen besonderen Apparat zur „Phototherapie“.

229) *Crymotherapie;* par Ribard. (Gaz. des Hôp. LXXI. 97. Août 27. 1898.) Weil die meisten Menschen im Winter mehr essen können als im Sommer, legt R. seinen Kranken eine Eisblase auf den Magen!

230) *Das Wasser in der Schwindsuchtbehandlung;* von Dr. Max Stern in Reinerz. (Therap. Monatsh. XII. 6. 1898.)

231) *Ueber Luftkur, Gymnastik, Wasserkur bei der Behandlung der Lungenschwindsüchtigen;* von Dr. Volland. (Ebenda XIII. 1. 1899.)

V. warnt wieder einmal mit guten Gründen vor thörichten Uebertreibungen. Gymnastik ist fast immer schädlich, Wasser nur zur Hautpflege angezeigt.

232) *Lungenschwindsucht — Hydrotherapie;* von Jul. Kaiser. (Aerztl. Mittheil. aus u. für Baden LII. 20. 1898.)

233) *Die Hydrotherapie der Lungenschwindsucht;* von Dr. Carl Schütze in Kösen. (Arch. f. Balneother. u. Hydrother. 4 u. 5. 1898.)

234) *Ueber Gewichtsverhältnisse bei Heilung der Lungentuberkulose;* von F. Wolff-Immermann in Reiboldsgrün. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 25. 26. 1898.)

Diesem langen Verzeichnisse gegenüber, das übrigens nur einen Theil der im letzten Jahre erschienenen Beiträge zur Phthiseotherapie enthält, können wir uns kurz fassen. Die medikamentöse Behandlung ist auffallend zurückgetreten, im Vordergrunde stehen mehr denn je die *Verhütung der Tuberkulose* und die *Behandlung in besonderen Heilanstalten.* In ersterer Beziehung treten die bekannten Forderungen nach Aufklärung und Belehrung der Kranken und der Gesunden, nach allgemeiner gründlicher Reinlichkeit, nach Unschädlichmachung des Auswurfes u. s. w., u. s. w. immer mehr hervor. Hier und da hebt wohl auch Einer hervor, dass es wünschenswerth wäre, die Gefährdeten im Ganzen gesunder, kräftiger und weniger empfänglich für die Ansteckung zu machen. Anzuerkennen ist, dass die wiederholt aufgetauchten übertriebenen Forderungen: vollständiges Absperren der Tuberkulösen, Verbot des Heirathens u. s. w. gegenüber dem Erreichbaren so gut wie ganz fallen gelassen sind. Bei der Heilstättenbewegung handelt es sich darum, genügende Mittel zu beschaffen, die Anstalten richtig aufzubauen und gut auszustatten, gute Aerzte für sie zu ihrer Leitung zu finden und unter den in Betracht kommenden

Kranken die richtige Auswahl zu treffen. Im Ganzen können wir Deutsche mit dem bisher bei uns Erreichten, bez. in die Wege Geleiteten durchaus zufrieden sein, die anderen Staaten erkennen unseren Vorsprung an und suchen sich unsere Anstalten und die ganze Art und Weise, wie die Sache bei uns gehandhabt wird, zum Muster zu nehmen. Darin, dass die schwerkranken Tuberkulösen, die ungünstigen oder zu weit vorgeschrittenen Fälle von den Heilstätten zunächst wenigstens fern gehalten werden sollen, ist man sich allgemein einig, ihnen bleiben als Zuflucht, so weit es sich um Unbemittelte handelt, nach wie vor nur die allgemeinen Krankenhäuser. Aber auch hier werden die Verhältnisse sich bessern, man wird mehr und mehr Vorrichtungen treffen, die auch in den allgemeinen Krankenhäusern die Durchführung einer richtigen Phthiseotherapie, vor Allem einer Freiluftbehandlung ermöglichen. Für den Neubau der Charité in Berlin sind derartige Vorrichtungen in umfassender Weise in Aussicht genommen und andere Krankenhäuser werden sich dem anschliessen. Wenn Lazarus (190) mit den bisherigen Krankenhausverhältnissen für die Phthisiker zufrieden ist, so darf man das wohl nicht auf die Allgemeinheit übertragen, dass Vieles noch besser werden kann, giebt er zu und macht entsprechende Vorschläge. Das Absperren der Tuberkulösen von den anderen Kranken hält er entschieden nicht für nöthig.

Ueber die zahlreichen *Tuberkulin*-Arbeiten wüssten wir nichts Besonderes zu sagen. Alles wie früher. Das neue Tuberkulin ist wohl ungefährlicher als das alte, Heilmittel sind sie beide nicht und werden als solche wohl bald endgültig in das Meer der Vergessenheit versinken. — Die Behandlung mit *Serum* und anderen organischen Säften hat auch noch keinerlei zuverlässige und vertrauenerweckende Erfolge aufzuweisen.

Einen besonderen Hinweis verdient das Buch von Landerer (215). Es ist bekannt, mit welchem unermüdlichen Fleisse L. seit Jahren an der Begründung und Ausgestaltung seiner Methode der Behandlung der Tuberkulose mit *intravenösen Zimmtsäureeinspritzungen* arbeitet; jetzt giebt er uns von Neuem eine übersichtliche Zusammenstellung des bisher Erwiesenen und Erreichten. Man kann nach L.'s Angaben unmöglich daran zweifeln, dass die Zimmtsäure auf die Tuberkulose eine starke Einwirkung ausübt, dass sie im Blute der Kranken eine beträchtliche Vermehrung der polynucleären und eosinophilen Leukocyten hervorruft, und dass sie an den tuberkulösen Herden Vorgänge erregt, die denen der Spontanheilung gleich sind, nur lebhafter, kräftiger ablaufen. Man kann auch nicht daran zweifeln, dass L. mit seinen Einspritzungen bei den verschiedensten Formen der Tuberkulose — unter gleichzeitiger günstiger Allgemeinbehandlung der Kranken — gute Erfolge erzielt hat und man kann seinen Unwillen über die fortgesetzte Nichtbeachtung seiner Methode wohl nachempfinden. Wir halten eine ausgedehnte Nachprüfung der Methode für entschieden angezeigt.

Ein altes Mittel, das mit guten Gründen neuempfohlen wird, ist die *Schmierseife*. Kappesser hat sie 1878 als Heilmittel bei Scrofulose und Tuberkulose gerühmt, sie ist dann immer wieder einmal gelobt und in der Stille wohl auch von vielen Aerzten angewandt worden, allgemeines therapeutisches Gemeingut ist sie aber noch nicht geworden. Kappesser (227) fasst jetzt seine Erfahrungen noch einmal kurz zusammen und Hoffa (226) stimmt ihm darin bei, dass die Schmierseife bei Gelenk-, Knochen-, Drüsen- und Hauttuberkulose oft ganz vorzüglich wirkt. Man soll Sapo kalinus venalis nehmen, soll zweimal wöchentlich 25—40 g in Nacken, Rücken, Oberschenkel, Kniekehlen einreiben und nach einer halben Stunde mit warmem Wasser wieder abwaschen. Worauf die günstige Wirkung dieses einfachen Verfahrens beruht, lässt sich nicht sicher sagen. Kappesser rühmt namentlich auch den guten Einfluss auf das Allgemeinbefinden (Appetit), auf grosse Mandeln und auf krankhafte Ausschwitzungen aller Art (Pleuritis).

Für alle die anderen Arbeiten mögen die Titel genügen, wir wollen nur noch kurz auf die Ausführungen Wolf's (234) hinweisen, darüber, wie werthvoll regelmässige genaue Wägungen der Phthisiker sind und wie sie bei gleichmässiger mittlerer Ernährung ein gutes Bild von der ungestörten Besserung geben, bez. alle drohenden Gefahren, Verschlechterungen u. s. w. gut anzeigen.

Während der Niederschrift dieser Zusammenstellung hat in Berlin der erste von Deutschland einberufene *Tuberkulosecongress* getagt und hat, soweit die Zeitungsberichte ein Urtheil zulassen, seine Aufgaben, die Allgemeinheit auf diese wichtigste aller Krankheiten aufmerksam zu machen, ihre allgemeine Bekämpfung anzuregen, die Heilstättenbewegung zu fördern, gut erfüllt. Hoffentlich hält seine Wirkung an und äussert sich in kräftiger und richtiger Art und Weise. — Nicht unerwähnt wollen wir endlich lassen, dass zu Ehren dieses Congresses die Nr. 21 der Berliner klinischen und der Deutschen medicin. Wochenschrift lediglich mit Tuberkulosearbeiten erschienen sind. Einen besonders hohen Werth haben diese zum guten Theil wohl ad hoc zusammengebrachten Mittheilungen nicht.

Dippe.

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

72. **Sechs Fälle von Uterustuberkulose**; von Dr. W. Vassmer. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 2. p. 301. 1898.)

In dem kurzen Zeitraume von 10 Monaten wurden in der Universität-Frauenklinik zu Göttingen (Runge) 6 Fälle von Uterustuberkulose beobachtet. Bald handelte es sich um eine leicht verständliche Infektion des Endometrium bei allgemeiner Tuberkulose oder wenigstens einer solchen der Adnexe und des Peritonaeum, bald trat die Erkrankung isolirt auf. So im Falle 2. Hier ergab eine Abrasio Tuberkel im Endometrium einer 26jähr. Frau [keine Bacillen!], obwohl die Anamnese einen Verdacht auf Tuberkulose nicht aufkommen liess, obwohl weder Ausfluss, noch unregelmässige Blutungen bestanden und nur bei $3^1/_2$jähr. Ehe Sterilität vorlag und vor und bei der Regel über Schmerzen im Leib und Rücken geklagt wurde. Zwei später vorgenommene Ausschabungen ergaben keine Tuberkel, dagegen lieferte eine vierte etwa nach 7 Monaten im interstitiellen Gewebe neben ganz normalen Partien regellos Tuberkel zerstreut, „allerdings ohne Riesen- und epitheloide Zellen“. Unter 15 Schnitten fand sich in einem ein Bacillus.

Als Symptom der Tuberkulose zeigte sich 2mal Amenorrhöe. Ausfluss wurde in keinem Falle beobachtet. Die Erkrankung fand sich in den 3 frischeren Fällen auf das Endometrium beschränkt. Histologisch wurde in keinem Falle eine Metaplasie des Oberflächen- oder Drüsenepithels in epitheloide Tuberkelzellen gefunden, wie es von anderen Autoren beschrieben ist. In den leichtesten Fällen und bei gesicherter Nachbeobachtung dürfte die lokale Behandlung ohne Totalexstirpation genügen, dabei muss freilich mit den Gefahren einer Verschleppung des Virus gerechnet werden, die durch eine etwaige Schwangerschaft herbeigeführt werden könnte.

Brosin (Dresden).

73. **De l'histologie des kystes de la glande de Bartholin**; par Claude Martin. (Arch. clin. de Bordeaux VII. 11; Nov. 1898.)

Nach Cruveilhier und de Sinéty besteht die Bartholin'sche Drüse aus einzelnen Läppchen, die mit becherförmigem Epithel ausgekleidet sind. Diese Läppchen öffnen sich in eine Art von Höhlen, ausgekleidet mit cubischem Epithel, von denen aus die engeren Ausführungsgänge gehen, mit einer einzigen Lage Cylinderepithel, die nach der Mündung zu pflasterepithelartig wird. M. beschreibt nun eine Cyste der linken Bartholin'schen Drüse, deren Entwickelung sich an einen Abscess in dieser Gegend, wahrscheinlich einen Furunkel, anschloss. Die exstirpirte pflaumengrosse durchscheinende Geschwulst hatte einen an Eiweiss und Schleim reichen gummiartigen Inhalt, der sich als steril erwies. Sie bestand aus einer grossen Höhle, ausgekleidet mit einschichtigem cubischen, an einzelnen Stellen cylindrischen Epithel und der anliegenden Drüse. Ein Ausführungsgang war nicht zu finden. Die Wand bestand aus Bindegewebe, elastischen und einzelnen glatten Muskelfasern. In dem der Drüse anliegenden Theil der Cystenwand fand M. einige Hohlräume, ausgekleidet mit dem gleichen Epithel wie der grosse Cystenhohlraum. Diese hält er für die oben erwähnten, von Cruveilhier und de Sinéty beschriebenen Höhlen. Da die Bartholin'sche Drüse eine intermittirende Funktion hat, dienen diese Hohlräume als Aufbewahrungsräume des Sekrets, und ein Verschluss des Ausführungsganges führt wahrscheinlich die Erweiterung und die Cystenbildung aus diesen Höhlen herbei. J. Praeger (Chemnitz).

74. **Ueber trophische Blasenstörungen nach gynäkologischen Operationen**; von Dr. Sigmund Mirabeau in München. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 11. 1899.)

M. hatte 2mal Gelegenheit auf cystoskopischem Wege Blasenerkrankungen in Folge starker Cirkulation- und Ernährungsstörung der Blase kennen zu lernen.

Vor $^1/_2$ Jahre wegen Eierstockserkrankung vaginale Operation; jetzt hinter der querverlaufenden Narbe [Uterusexstirpation?] ein nach vorn fixirter kleinkinderfaustgrosser, derber Tumor, anscheinend ein der Blase anliegendes Stumpfexsudat. Bei der Besichtigung erschien am Blasenboden die Schleimhaut röthlich glänzend, stark verdickt und gefaltet, an einzelnen Stellen deutliche wasserhelle Bläschen, Kolischer's „bullöses Oedem“. Die übrige Schleimhaut auffallend blass, an einzelnen Stellen sehr dünn, Venen scharf contourirt, Arterien eng, zuweilen nicht sichtbar.

Der zweite Fall ist sehr ähnlich.

M. nimmt an, dass bei der meist geübten Gewebeligatur häufig, besonders aber da, wo die Blase auf grössere Strecken abgelöst werden muss, mit den uterinen auch die vesikalen Gefässe mit abgebunden werden, so dass die Ernährung der Blasenwand Noth leiden muss. Wenn sich auch meistens genügend collaterale Bahnen ausbilden werden, so scheint dieses doch in einigen Fällen nicht der Fall zu sein.

Therapeutisch ist jede endovesikale Therapie unnütz, dagegen sind Massage, die zugleich etwaige Verwachsungen und benachbarte Stumpfexsudate beseitigt, sowie warme Bäder am Platze.

Prophylaktisch sind Einzelunterbindungen an Stelle der Massenligaturen bei Operation in der Nähe der Blase zu empfehlen.

Glaeser (Danzig).

75. **Die Operation der Ureterfisteln und Ureterverletzungen**; von A. Mackenrodt in Berlin. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 12. 1899.)

M. verfügt über 22 Operationen an Ureterfisteln und empfiehlt wegen der Gefahr durch die bei Ureterfisteln häufig bestehende Infektion des Nierenbeckens, statt der Witzel'schen Methode, seine sogen. transperitonäale Methode.

Der Hautschnitt muss in Beckenhochlagerung mit noch etwas erhöhtem Steiss an der äusseren Grenzlinie des Rectus abdominis parallel mit ihm genügend lang angelegt werden und bis auf das Peritonaeum gehen. Dieses wird stumpf vorsichtig bis zur Spina und dann von der Beckenwand nach unten bis zur Iliaca zurückgeschoben. Zuerst erscheint die Spermatica, nach etwa erfolgter Exstirpatio uteri dünn und obliterirt, dann der Ureter, häufig, wie die Spermatica, dem Peritonaeum aufsitzend. Eventuell kann man den Ureter mit dem Finger bis zum Nierenbecken verfolgen [Steine!]. Zur Einpflanzung wird der Ureter von der Gabelung der Iliaca nach der Scheide zu abgelöst, an der Fistel abgeschnitten, und durch seine Mündung jederseits ein langer Seidenfaden als Zügel gezogen. Nachdem das Blasenperitonaeum soweit als nöthig zurückgeschoben ist, wird an der am nächsten gelegenen Stelle der Blase auf einer Sonde ein Schlitz angelegt, der Ureter vermittelst der Seidenfäden, die zur Urethra hinausgehen, hindurchgezogen und im Schlitz, sowie durch Umrollung der Blasenwand wie mit einem Muff doppelt umnäht, so dass der Ureter die Blasenschleimhaut etwa $^{1}/_{2}$ cm überragt. Naht der Bauchdecken, an einer Stelle Gummidrainröhre. Vorsicht, den Ureter nicht knicken!

M. operirt auf diese Weise alle Gebärmutterureterfisteln. Bei Ureterverletzungen durch Laparotomie kommt die Witzel'sche Methode in Betracht. Auch die vaginale Methode findet ihre Rechnung und verdient Anwendung in geeigneten Fällen. Glaeser (Danzig).

76. Zur abdominalen Uretero-cysto-anastomosis bei Ureter-Genitalfisteln; von M. Sänger in Leipzig. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 2. p. 187. 1899.)

31jähr. Frau, die 2mal, zuletzt im November 1897, mit Zange schwer entbunden war (2. Kind todt). Seit der letzten Entbindung unwillkürlicher Harnabgang aus der Scheide, während gleichzeitig auch Harn auf natürliche Weise entleert wurde. Von Ende Februar bis Mitte April 1898 sollte der Harn nicht falsch abgeflossen sein; von da ab wieder bis zum Eintritte in die Behandlung (19. Mai 1898). Es fand sich bei der Pat. ein mässig allgemein verengt plattes Becken (Conj. vera circa 9 cm), ein beiderseitiger Gebärmutterhalsriss, stärker rechts. Rechts Anhänge, bez. Eierstock mässig angeschwollen, druckempfindlich. Aus dem Gebärmutterhalskanal floss Harn ab, der sich bei Einspritzung von Milch in die Blase nicht färbte. Diagnose: Harnleiter-Gebärmutter-, bez. -Gebärmutterhalsfistel. Die Versuche, durch Sondiren der Harnleiter oder Blasenspiegelung festzustellen, welcher Harnleiter der verletzte sei, missglückten, nach dem Befund wurde als wahrscheinlich angenommen, dass es der rechte sei. Nach methodischer Ausdehnung der stark geschrumpften Blase durch gradweise verstärkte Anfüllung mit Flüssigkeit nahm S. am 14. Juli 1898 die Operation nach Witzel vor. In steiler Beckenhochlage medianer Bauchschnitt. Zunächst Ausschabung einer apfelgrossen follikulären Cyste des rechten Eierstocks und Naht desselben. Salpingotomie links. Der linke Harnleiter war zunächst überhaupt nicht wahrnehmbar, der rechte als fast kleinfingerdicker Strang in der Höhe des Beckeneingangs auffallend. Das Bauchfell über dem ganzen Beckentheil wurde gespalten, an der tiefsten erreichbaren Stelle der Harnleiter doppelt unterbunden und durchschnitten. Darauf liess er sich an dem oberen Faden leicht emporziehen und ausschälen bis zum Ileopsoas. Der untere Theil wurde versenkt, der Bauchfellspalt bis auf eine kleine Lücke im Beckeneingang vernäht. Nun wurde das Bauchfell von oberhalb der Blase bis zum Ileopsoas leicht abgelöst. Oberhalb der Linea innominata wurde eine schmale lange Zange bis zu dem noch offenen Bauchfellschlitz durchgeführt, der Harnleiter an der Ligatur gefasst und durchgezogen bis ins Bindegewebe vor der Blase. Dann wurde der Rest des Bauchfellschlitzes vernäht und nach Legen der Nähte die Bauchwunde provisorisch geschlossen, so dass die Einpflanzung des Harnleiters in die Blase extraperitonäal erfolgen konnte. Das rechte Blasenhorn wurde mit Leichtigkeit nach der rechten Darmbeingrube emporgedrängt und durch 5 Nähte an den Ileopsoas fixirt. Dann folgte der Einschnitt in die Blase auf die in diese eingeführte *Billroth*'sche Zange. Die Unterbindung des Harnleiters wurde durchschnitten, sein Ende beiderseits eingekerbt und dann in die Blase hineingezogen. Dann vernähten 3 Reihen von Darmseidennähten Schleimhaut (ohne auf der Oberfläche auszustechen), Muskulatur und Adventitia der Blase mit dem Harnleiter. Einige weitere Nähte vollendeten den Schrägkanal. Ueber der Einpflanzungstelle wurde ein Längschnitt durch die Bauchdecken gemacht, hier mit Jodoformgaze tamponirt, die mediane Bauchwunde endgültig geschlossen. Der Verlauf war völlig ungestört. Die Kr. wurde vollständig geheilt.

Mit gewohnter Gründlichkeit ergänzt S. die casuistischen und Literaturangaben Calderini's, der im gleichen Heft der Monatsschrift einen ähnlichen Fall veröffentlicht, in dem aber mit Boari's Knopf operirt wurde. Nach kritischer Beleuchtung der vaginalen und abdominalen Methoden, sowie der Nierenexstirpation bei Harnleiterfisteln, betont S., dass heute schon der Vorzug vor der Nierenexstirpation, die nicht einmal mehr unbedingt bei an Pyelitis erkrankter Niere nöthig ist, der idealeren, wenn auch schwierigeren und gefährlicheren Einpflanzung des Harnleiters in die Blase gebührt, und zwar gilt dies besonders von der abdominalen Methode nach Witzel, während man die besonders von Mackenrodt ausgebildeten vaginalen Methoden nur bei besonders günstigen Verhältnissen (Fehlen ausgedehnter Narben, tiefem Sitz leicht auffindbarer Fistel) versuchen wird.

J. Praeger (Chemnitz).

77. Transperitonäale Einpflanzung des Ureters in die Blase behufs Heilung der Ureter-Gebärmutterfistel; von G. Calderini in Bologna. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 2. p. 174. 1899.)

Bei einer Siebentgebärenden mit engem Becken (Conj. vera 8 cm) wurde am 25. Nov. 1897 durch hohe Zange nach halbstündigem kräftigen Ziehen ein todter Knabe von 3600 g Gewicht entwickelt. Mässiger rechtseitiger Gebärmutterhalsriss. Vom 3. Tage Harnabgang durch die Scheide. Nach Feststellung einer Harnleiter-Gebärmutterfistel (Einspritzung von Milch in die Blase) wurde zunächst der Versuch gemacht, die Fistel in eine Harnleiterscheidenfistel umzuwandeln, um sie dann mit einer Blasenscheidenfistel in Zusammenhang zu bringen, dann aber entschloss sich C. zu einer radikalen Behandlung. Um sicher zu gehen, welcher Seite die Fistel angehöre, legte er, nachdem er der Pat. Methylenblau innerlich gegeben, einen durch eine sagittale Scheidewand in 2 Hälften getheilten Katheter, in dessen beide Röhren ein Gazestreifen eingeschoben war, in den Gebärmutterhals ein. Die Gaze wurde nur an der *rechten* Seite gefärbt. Am

14. März 1898 machte C. in Beckenhochlage einen queren Bauchschnitt, suchte den Harnleiter vor der Symphys. sacroiliaca auf, isolirte ihn und führte, nachdem er unterbunden und durchtrennt hatte, das obere Ende unter dem Bauchfelle bis neben die Blase. Der Harnleiter war erweitert, die Wände sehr dick. Die Einpflanzung machte C. mit dem Knopfe, den Boari für die Einpflanzung des Harnleiters in den Darm empfohlen hat, in die hintere Blasenwand möglichst weit nach unten. Die Blase wurde mit Catgut vernäht, vorher ein Faden, der am Knopfe angebunden war, durch die Harnröhre her ausgeleitet. Bauchwunde genäht bis auf eine Drainageöffnung (Gazedrainage). Vom 7. Tage post operationem ging Harn durch die Bauchwunde, floss aber nach einiger Zeit nur durch die Blase ab. Am 13. Mai wurde die Harnröhre erweitert und der frei in der Blase liegende Knopf an dem Faden herausgezogen. Am 30. Mai wurde Pat. geheilt entlassen.

Die angeführte Casuistik ist in der Arbeit nachzulesen. J. Praeger (Chemnitz).

78. **Giebt es eine „Perivaginitis phlegmonosa dissecans?"** von O. Bodenstein in Berlin. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 6. p. 613. 1898.)

Eine 28jähr. Frau, die bisher ganz gesund gewesen war, vor 2 Jahren 1mal normal geboren und die Periode nach gewöhnlicher Pause bis vor 2 Tagen gehabt hatte, kam am 10. Jan. 1895 zu B. wegen heftiger Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, bis in das linke Bein ausstrahlend, und starken weissen Flusses. Schmerzen beim Stuhlgange und beim Gehen. Aus der normal aussehenden Schamspalte floss ein dickes weissgelbes Sekret. An der linken Scheidenwand eine wallnussgrosse, etwas fluktuirende Geschwulst. Um diese herum im Umkreise von 3—5 cm eine teigige schmerzhafte Infiltration. Die Mastdarmuntersuchung ergab über der Geschwulst bewegliche Darmschleimhaut. Temperatur 38.7°, Puls 94. Da ein Eingriff gemacht werden sollte, entzog sich Pat. zunächst der Behandlung. Erst nach 5 Tagen wurde B. wieder geholt. Der Ausfluss hatte zugenommen, vor 2 Tagen hatte sich ein handlanges, darmähnliches Stück des Scheidenrohres abgestossen. Dementsprechend fand B. die Scheidenschleimhaut bis in's hintere Scheidengewölbe fehlend, an Stelle des früheren Abscesses einen tiefen, Substanzverlust. Die Temperatur (40.2°) fiel in den nächsten beiden Tagen ab. Borsäureausspülungen und Tamponade. Am 10. Tage stand Pat. auf. Nach und nach Ueberhäutung von den stehengebliebenen Epithelinseln aus. 2 Jahre später hinteres Scheidendrittel normal. In der Mitte der linken Scheidenwand eine weissglänzende strahlige Narbe, und 1 cm vom Scheideneingange aufwärts eine ringförmige Verengerung.

Es ist also in diesem Falle der von Marconnet zuerst aufgestellte Krankheittypus hervorgegangen aus einer Paravaginitis, die zu einer Ablösung der Scheidenschleimhaut führte. Dieser Ausgang ist ein verhältnissmässig seltener, da es gewöhnlich früher zur Eröffnung des Abscesses kommt. Einen solchen Fall von Paravaginitis mit Abscessbildung im Gewebe zwischen Scheide und Mastdarm (3 Höhlenräume) fügt B. an. Die Kr. wurde durch Einschnitt und Drainage geheilt. Die vollständige Ausstossung des Scheidenrohres kann bedingt sein durch Gangrän im Gefolge schwerer Infektionkrankheiten, durch Phlegmone im perivaginalen Bindegewebe als Folge einer daselbst begonnenen Eiterung, durch starke oder langdauernd angewendete Aetzmittel.

J. Praeger (Chemnitz).

79. **Ein Fall von primärer Vaginitis gonorrhoica;** von Dr. Hans Voerner in Leipzig. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 2. p. 212. 1899.)

V. berichtet aus der Klinik Riehl's über einen Fall von primärer gonorrhoischer Infektion der Scheide bei einem 20jähr. Dienstmädchen, bei dem in Folge einer angeborenen Missbildung die Scheide blind endigte. Keine Anhaltepunkte für frühere Gonorrhöe. Infektion vor 8 Tagen. Im Deckglaspräparate vom Scheideneiter zahlreiche Gonokokken. In der 3. Woche trat eine Gonorrhöe der Harnröhre hinzu. In der 4. Woche nahmen die entzündlichen Erscheinungen der Scheide und die Gonokokken ab. Am Ende der 5. Woche waren letztere nicht mehr nachzuweisen, während die Urethritis noch akut war. Bartholin'sche Drüsen nicht verändert.

In einem am Ende der 2. Woche entnommenen Schleimhautstückchen fanden sich zahlreiche Gonokokken im Belage der Schleimhaut, zwischen den Stachelzellen, und in einem kleinen, im Bindegewebe sitzenden Abscess. (Thioninfärbung.)

Mit diesem Falle ist ein einwandfreier Beweis für die Existenz der von früheren Autoren für möglich gehaltenen primären gonorrhoischen Vaginitis gegeben. J. Praeger (Chemnitz).

80. **Zur Behandlung der Salpingitis isthmica nodosa gonorrhoica;** von Dr. M. Mekerttischiantz in Tiflis. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 5. p. 509. 1898.)

Eine 25jähr., seit 3 Jahren verheirathete Frau, bisher steril, hatte seit 1½ Jahren die Menstruation verloren. Schmerzen in der rechten Weiche, nach dem rechten Schenkel ausstrahlend. Leichte Temperatursteigerungen. Im Douglas'schen Raume eine grössere elastische Geschwulst, die mit dem rechten Eileiter zusammenhing. Beide Eileiter am Gebärmutterrande zu haselnussgrossen Knoten verdickt. A. Martin, zum Besuche in Tiflis, entfernte nach Bauchschnitt die rechtseitigen Anhänge. Links wurde nur der Knoten im Isthmus gespalten, der käsig eiterige Inhalt entfernt, die Höhle desinficirt und der durchgängige Eileiter belassen. Die Geschwulst bestand aus einem doppelten Cystenraume, gehörte dem Eierstocke an. Der Eileiter war verschlossen, mit eiterig käsigem Inhalte gefüllt, ebenso der im Isthmus gelegene Knoten. In dem Inhalte wurden Gonokokken gefunden. Nach anfänglich glattem Verlaufe verschlechterte sich das Befinden der Pat. derart, dass sie im Juni 1898 Martin in Berlin wieder aufsuchte. Dieser entfernte nun von der Scheide aus nach Ablösung einer mit dem Gebärmuttergrunde verwachsenen Darmschlinge die Gebärmutter mit den linkseitigen Anhängen. Entlassung nach 4 Wochen. Im Verlaufe des Eileiters fanden sich 4 knotenförmige Anschwellungen, von denen die der Gebärmutter zunächst liegende käsigen Eiter enthielt. Sowohl in der Eileiterwand, wie im ausgeschabten Endometrium fanden sich Tuberkel mit Riesenzellen, in Schnitten aus dem Eileiter Tuberkelbacillen.

Im Anschlusse an die Mittheilung dieses Falles bespricht M. die Behandlung der Gonorrhöe im Allgemeinen. Er empfiehlt besonders die Jodbehandlung (Bepinselung von Scheide und Bauchhaut mit Jodtinktur, des Cervikalkanales mit Jodglycerin u. s. w.). J. Praeger (Chemnitz).

81. **Zwei nicht gewöhnliche Fälle von Hämatometra und Hämatosalpinx;** von Dr. Witthauer in Halle a. S. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 2. p. 205. 1899.)

I. 20jähr. Mädchen, seit dem 16 J. unregelmässig mit heftigen Schmerzen menstruirt. Letzte Regel vor 1/2 Jahr und vor 14 Tagen ganz wenig. Schmerzen im Leibe. Aeusserlich fand sich im Leibe eine kugelige glatte Geschwulst von der Grösse einer im 5. Monate schwangeren Gebärmutter, links ein grösseres, rechts ein kleineres Anhängsel. In die Scheide wölbte sich, besonders im vorderen Gewölbe, eine prallelastische Geschwulst vor. Keine deutliche Portio zu entdecken. Diagnose: Hämatometra? Intra- und Extrauterinschwangerschaft? Uterus bicornis? Bei der Operation fand sich eine doppelte Gebärmutter mit Blutansammlung in der stark ausgedehnten linken Hälfte und im linken Eileiter (neben diesem ein völlig getrennter Nebeneileiter). Gebärmutter klein, Eileiter und Eierstock gut ausgebildet. Zunächst wurde der linke Eileiterstock entfernt, dann die Bauchhöhle geschlossen und die Hämatometra von der Scheide aus eingeschnitten (1 Liter eingedicktes Blut wurde entfernt). Nach Entfernung des Tampons nach 3 Tagen gelang es, neben der Einschnittöffnung in den linken Halskanal den engen offenen Muttermund der rechten Gebärmutter zu entdecken. Genesung durch Lungenentzündung gestört. Nach 5 Wochen wurde die Kr. geheilt entlassen. Der angelegte linkseitige Muttermund war für eine dicke Sonde durchgängig.

II. 23jähr. Frau, die 3mal, zuletzt December 1894 normal geboren hatte. Nach der letzten Entbindung angeblich Fieber. Auf ärztliche Verordnung Sublimatausspülungen, lange Zeit fortgesetzt. Langdauernde Zahnfleischentzündung. Heftige Schmerzen im Unterleibe. W. fand am 28. Dec. 1895 starke Verklebungen und Verwachsungen der Scheide, im Leibe eine bis über den Nabel reichende rundliche Geschwulst. In Narkose wurden die Scheidenverwachsungen getrennt und an der Stelle, wo ein Scheidentheil vermuthet werden konnte, eingeschnitten. Es entleerten sich darauf 2 Liter theerfarbenen Blutes. Gazedrainage, später Glasdrainrohr. 1 Jahr nach der Entlassung gebar die Frau ein gesundes Kind.

Die Entstehung der Scheiden-, bez. Gebärmutterhalsverengerung in diesem Falle kann zurückzuführen sein auf eine Infektion im Wochenbette (Geschwüre, die zur Verklebung geführt haben) oder es können durch eine Sublimatvergiftung Geschwürsprocesse in der Scheide entstanden sein. J. Praeger (Chemnitz).

82. **Der Pneumoniebacillus Friedländer im Tubeneiter**; von Dr. Ferdinand Schenk in Prag. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 256. 1898.)

Den Fällen, in denen in Eitertuben ausser Gonokokken und Streptokokken die verschiedenartigsten Bakterien und Kokken theils in Symbiose mit den vorgenannten, theils in Reincultur nachgewiesen wurden, reiht Sch. die Beschreibung des nachfolgenden Befundes an. Bei einer Frau, die im Juli 1897 wegen beiderseitiger Salpingo-Oophoritis in der Klinik von v. Rosthorn operirt wurde, war es Sch. gelungen, im Tubeneiter den bisher hier noch nicht beschriebenen Pneumoniebacillus Friedländer nachzuweisen.

Sch. glaubt, dass eine primäre gonorrhoische Adnexerkrankung vorlag, die durch nachfolgende Einwanderung der Pneumoniebacillen vom Darm oder von der Vagina her complicirt wurde. Sch. erklärt den Fall so, dass die bereits seit längerer Zeit bestehende gonorrhoische Salpingooophoritis durch das Einwandern der Pneumoniebacillen in ein akutes Stadium getreten ist.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

83. **The cause of the conflicting statements concerning the bacterial contents of the vaginal secretion of the pregnant women**; by J. Whitridge Williams, Baltimore. (Amer. Journ. of Obstetr. XXXVIII. 6. 1898.)

Die widersprechenden Befunde der bakteriologischen Untersuchung des Scheidensekretes Schwangerer führt W. darauf zurück, dass die Forscher, die positive Befunde erhoben haben, das Sekret mit einem Spiegel entnommen hatten, während Krönig, Menge und W. selbst in seiner letzten Reihe sich einer kleinen Röhre bedienten, die sich einführen lässt, ohne mit den Hymenrändern in Berührung zu kommen. Das von Kottmann benutzte Instrument war unvollkommen. Die Annahme, dass dieses der Grund war, wird bewiesen durch die Untersuchungen an 25 schwangeren Frauen. W. entnahm zunächst mit einer Platinröhre etwas Sekret von den Hymenrändern und der Innenfläche der kleinen Schamlippen, dann entnahm er Scheidensekret mit Menge's Röhrchen, endlich führte er einen Spiegel ein und entnahm durch diesen Scheidensekret. Es stellte sich heraus, dass pyogene Bakterien in 60% der Fälle im Vulvasekrete, in 40 Fällen im durch Spiegel entnommenen Scheidensekret und überhaupt nicht in dem durch Menge's Röhrchen entnommenen Scheidensekret vorhanden waren; umgekehrt waren steril 8%, bez. 32% und 72% der Culturen. J. Praeger (Chemnitz).

84. **The bacteria of the vagina and their practical significance, based upon the bacteriological examination of the vaginal secretion of ninety-two pregnant women**; by J. Whitridge Williams, Baltimore. (Amer. Journ. of Obstetr. XXXVIII. 4. 1898.)

Die zahlreichen Forscher, die das Scheidensekret Schwangerer seit dem Erscheinen der ersten, mit moderner Technik ausgeführten Arbeiten Gönner's und Döderlein's bakteriologisch untersucht haben, weichen in ihren Befunden ausserordentlich von einander ab. So haben *keine* Streptokokken und keine anderen pathogene Bakterien gefunden Gönner, Thomen, Samschin, Krönig und Menge, während solche gefunden wurden von Burkhardt in 4%, Steffeck in 4%, Döderlein in 4.1%, Burguburu in 8.5%, Vahle in 10%, Witte in 12.5%, Kottmann in 13%, Winter in 15%, Williams in 20%, Vahle (Sekret am untersuchenden Finger!) in 25%, Walthard in 27%. Um diese widersprechenden Resultate aufzuklären, eröffnete W. eine neue Versuchsreihe und benutzte zur Entnahme des Sekretes den von Menge angegebenen Apparat. Ausser Gonokokken fand er Kokken nur in 12 Fällen; 6 auf Agarplatten wachsend, 6 anaërob. Nur 3mal konnten die Kokken möglicherweise als pathogen angesehen werden (2mal Staphylococcus epidermit. alb., 1mal ein anaërober

Streptococcus), aber beides waren keine Kokken, die Puerperalfieber erzeugen. In 54 Fällen blieben die Agarplatten völlig steril. 4mal fanden sich Gonokokken, in den übrigen Fällen mit positivem Bakterienbefund handelte es sich um nicht pathogene Bacillen, theils aërobe, theils anaërobe (28mal die typischen Scheidenbacillen). Von grösserer Bedeutung sind vielleicht die gaserzeugenden Bacillen, die in 3 Fällen vorkamen. Im Gegensatze zu den Resultaten seiner früheren Arbeit kommt W. jetzt zu dem Schlusse, dass, wie Krönig behauptet hat, das Scheidensekret schwangerer Frauen *nicht* die gewöhnlichen pathogenen Kokken enthält, dass die Verschiedenheit der Resultate der Forscher von der Technik der Entnahme des Sekretes abhängt. Da die Scheide pathogene Kokken nicht enthält, so ist eine Selbstinfektion unmöglich; wenn solche Kokken im puerperalen Uterus gefunden worden sind, sind sie von aussen eingeführt. Gelegentlich finden sich Gonokokken im Scheidensekrete und diese können im Wochenbette in Gebärmutter und Eileiter eindringen. Möglich, aber nicht sicher bewiesen ist es, dass die Scheide Bakterien enthalten kann, die Saprämie und putride Endometritis erzeugen. Der Tod durch Kindbettfieber ist immer Folge einer Infektion von aussen. Die Infektion ist zu vermeiden durch möglichste Beschränkung der inneren und Ausdehnung der äusseren Untersuchung. Wenn Scheidenuntersuchungen gemacht werden sollen, so sind peinliche Reinigung und Desinfektion der äusseren Genitalien, sowie der untersuchenden Hand nöthig. Scheidenspülungen sind unnöthig und vielleicht schädlich. J. Praeger (Chemnitz).

85. **Forty cases of fever in the puerperium, with bacteriological examination of the uterine contents**; by J. Whitridge Williams, Baltimore. (Amer. Journ. of Obstetr. XXXVIII. 3. 1898.)

Von jeder Wöchnerin, die im Johns Hopkins Hospital im Wochenbette über 38.3°, in der Poliklinik und Privatpraxis über 39° Temperatur hatte, entnahm W. nach Döderlein's Methode Sekret aus der Gebärmutterhöhle. In 8 von 40 Fällen wurden Streptokokken gefunden, bemerkenswerther Weise in keinem Hospitalfalle, sondern 3mal bei poliklinisch Kranken und 5mal in der Consiliarpraxis. 6mal wurden die Streptokokken in Reincultur, 2mal gemischt (1mal mit Typhusbacillen, Staphylococcus aureus und einem anaëroben gaserzeugenden Bacillus, 1mal mit Kolonbacillen) gefunden, kein Fall verlief mit tödtlichem Ausgange. 3mal liessen sich Staphylokokken nachweisen, 1mal Staphylococcus alb. epidermit. allein, 1mal mit Kolonbacillen zusammen, 1mal ein Gemisch des Staphylococcus aureus mit Typhusbacillen und Streptokokken; Kolonbacillen wurden 6mal gefunden, 4mal in Reincultur, 2mal gemischt (1mal mit Streptococcus, 1mal mit Staphylococcus aureus). Interessant ist, dass in den beiden Hospitalfällen es sich um Eklampsie handelte, bei der durch Crotonöl reichliche wässerige Stuhlgänge hervorgerufen waren. Bei der manuellen Erweiterung des Gebärmutterhalskanales und Extraktion des Kindes waren die Hände wahrscheinlich durch Koth inficirt worden. 2mal ergab sich als Ursache des Fiebers die Anwesenheit von Gonokokken. In 11 weiteren Fällen war der Zusammenhang zwischen Fieber und Bacillenbefund nicht so deutlich. Nur 1 Fall verlief tödtlich, in dem der Bacillus aerogenes capsul. nachgewiesen wurde. In den übrigen Fällen waren es theils anaërobe (mit dem Gasbacillus 4 Fälle), theils nicht identificirbare aërobe (3) Bakterien, endlich fanden sich 4mal Bakterien nur in Deckglaspräparaten, aber nicht in Culturen. In diesen Fällen mag das Fieber zum Theil direkte Wirkung der Bakterieninvasion, zum Theil Wirkung der aufgenommenen giftigen Produkte der Bakterien gewesen sein, weiter können aber die klinischen Symptome mit den gefundenen Bakterien in keinem Zusammenhange gewesen sein, sondern müssen wie in den meisten der 11 Fälle, in denen die bakteriologische Untersuchung negativ blieb, auf Autointoxikation vom Darme aus bezogen werden. Hervorzuheben ist noch, dass auch 1mal Diphtheriebacillen, 1mal Typhusbacillen und endlich 1mal Malariaplasmodien im Blute gefunden wurden. J. Praeger (Chemnitz).

86. **Ueber den Begriff des Puerperalfiebers und die praktische Bedeutung der Definition der Krankheit**; von P. Baumm in Breslau. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 11. 1899.)

B. scheint die Olshausen'sche Erklärung (Jahrbb. CCLXI. p. 242) für die praktischen Bedürfnisse nicht ausreichend zu sein. Er weist darauf hin, dass in Gebärhäusern eine grosse Anzahl von Wöchnerinnen fiebert. Selbst wenn man einen Theil davon als gonorrhoisch u. s. w. abzieht, bleibt doch noch ein hoher Procentsatz übrig, den man nach der Olshausen'schen Definition als Wochenbettfieber ansehen und logischer Weise melden muss. Trotzdem geschieht dieses nicht, und es ist nach Ansicht B.'s richtig, nur diejenigen Fälle als Wochenbettfieber zu melden, die mit Gefahr für die Trägerin verbunden sind, also die schwereren Formen. „Diese sind es auch, die der Umgebung gefährlich werden können, und daher hat er auch nur diese zu melden einen Sinn.“ [Diese Ansicht dürfte nicht ohne Widerspruch bleiben. Ref.]

Die Hebammen haben nach § 333 des preussischen Hebammenlehrbuches bei Temperaturen über 38.5° den Arzt zu rufen; diesem soll die Entscheidung zustehen, ob der Fall dem Physicus als Wochenbettfieber zu melden ist. Wenn der Physicus *jeden* Fieberfall gemeldet haben will, so hält B. das für eine die Aerzteschaft verbitternde Maassregel ohne praktischen Werth. Jedenfalls sind nur die schwereren, in sanitärer Hinsicht bedenklichen

Formen des Puerperalfiebers in praktischer Hinsicht als solches zu bezeichnen und zu melden, ferner aber auch alle klinisch von diesen nicht zu unterscheidenden Krankheiten der Wöchnerinnen.

Glaeser (Danzig).

87. **Macht die Aenderung des Begriffs „Kindbettfieber“ eine Aenderung der polizeilichen Anzeigepflicht nothwendig?** von Dr. Alfred Neumann in Berlin. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 16. 1899.)

N. beleuchtet Olshausen's und Baumm's Vorschläge vom Standpunkte der Sanitätpolizei. Vom theoretischen und rein wissenschaftlichen Standpunkte ist es gewiss richtig, die saprämischen Fieber auszuschliessen. Aber selbst Baumm muss die Schwierigkeit der Diagnose unter gewissen Umständen zugeben. Und es ist gewiss richtiger, ein paar Fälle zu viel, als einen zu wenig zu melden. Unter den heutigen Verhältnissen müssen alle von den Geburtswegen einer Wöchnerin ausgegangenen ansteckenden Krankheiten mit Einschluss der verdächtigen Fälle der Anzeigepflicht unterliegen. Auch die Baumm'sche Befürwortung der Meldung nur „schwerer“ Formen des Kindbettfiebers erscheint praktisch unbrauchbar.

Glaeser (Danzig).

88. **La valeur du sérum antistreptococcique**; par le Prof. Queirel, Marseille. (Ann. de Gynécol. XLIX. p. 392. Mai 1898.)

Qu. hat das Marmorek'sche Antistreptokokkenserum in 17 Fällen von puerperaler Infektion angewandt, 3mal gegen Erysipel, 14mal gegen Septikämie. Es wurden immer Einspritzungen von 10—20 ccm gemacht, und zwar wurden im Beginn 20 ccm, dann wiederholte Dosen von 10 bis 20 ccm gegeben bis zum endgültigen Abfall der Temperatur.

Von den so Behandelten starben 2. 5mal trat der endgültige Temperaturabfall schon nach Einspritzung von 20 ccm ein, 6mal nach 30, 1mal nach 50, 1mal nach 60 und 2mal nach 110 g. In einem Falle war die Besserung erst nach Einspritzungen und Klysmen von künstlichem Serum nach Hayem bemerkbar (die Kranke hatte 30 ccm Marmorek'sches Serum erhalten).

Qu. ist von der günstigen Wirkung des Marmorek'schen Serum überzeugt, obwohl es ihm nicht als Gegengift gegen die Streptokokken wirksam erscheint, sondern die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen die Streptokokkeninfektion zu erhöhen scheint. Vielleicht wäre die Wirkung noch deutlicher gewesen, wenn Qu. nicht in jedem Falle möglichst gewartet hätte, bis die Septikämie unzweifelhaft festgestellt erschien. Dass das Antistreptokokkenserum nicht immer wirksam ist, erklärt sich Qu. durch die zahlreichen Mischinfektionen im Wochenbett.

J. Praeger (Chemnitz).

89. **Die Adhärenz des unteren Eipols als Ursache der verzögerten Eröffnungsperiode**; von H. Löhlein in Giessen. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 19. 1899.)

Wenn auch meistens andere Ursachen die Eröffnung des inneren Muttermundes und die fortschreitende Erweiterung des Cervikalkanals durch die hereindrängende Fruchtblase erschweren oder verhindern, so wird doch *ein* Moment zu wenig beachtet, so dass es in einigen Lehrbüchern völlig übergangen wird, das ist die ungewöhnlich feste Anhaftung des unteren Eipols im unteren Uterinsegment. Der wehenerregende und wehensteigernde Einfluss der Blasenstellung darf dabei nicht übersehen werden.

Der ungewöhnlich festen Verbindung, die die physiologische Lösung des unteren Eipols verhindert, liegen gewöhnlich chronisch-endometritische Vorgänge zu Grunde, die über die ganze Innenfläche des Corpus verbreitet sind oder häufiger auf den unteren Abschnitt der Gebärmutterhöhle beschränkt bleiben. Häufig sind wohl die Geburtsverzögerungen fälschlich auf ungewöhnliche Derbheit der Eihäute zurückgeführt worden und das um so eher, als das gleiche Vorgehen, nämlich das Sprengen der Eiblase, das eine wie das andere Hemmniss am besten beseitigte. L. glaubt unter 3000 Geburten bei 15, d. i. 0.5⁰/₀, die Verzögerung auf diese Ursache zurückführen zu dürfen.

Das Symptomenbild ist nicht besonders charakteristisch. Trotz normaler Geburtthätigkeit und unter Ausschluss aller übrigen in Betracht kommenden Momente, auch trotz kräftig entwickelter Uteruswand findet man nach ein- oder mehrtägigem Kreissen den inneren Muttermund in der Eröffnung beträchtlich zurückgeblieben, nicht oder kaum weiter als den äusseren und fühlt unschwer das durch die feste Haftung der Eihäute gegebene Hinderniss. Bei der nöthigen Vorsicht gelingt es, die Lösung mit dem Finger ohne Zerreissung des Amnion zu bewerkstelligen, und man wartet zunächst die Wirkung dieser Ablösung ab. Tritt danach eine deutliche Beschleunigung der Geburt nicht ein, so muss eine höher hinaufgehende Adhärenz angenommen werden, und die Sprengung der Blase, die ihre physiologische Aufgabe während der Geburt doch nicht erfüllen kann, ist angezeigt. Bei tiefem Sitz der Placenta oder bei Placenta praevia mag dieser Vorgang besonders häufig auftreten, wird aber durch die Blutungen verdeckt und durch die deshalb erfolgende Blasensprengung unbewusst corrigirt.

Glaeser (Danzig).

90. **A protest against the present day teaching of applying the blades of the obstetrical forceps with exclusive reference to the transverse diameter of the maternal pelvis**; by J. M. Munro Kerr, Glasgow. (Lancet Sept. 24. 1898.)

K. spricht sich gegen die gegenwärtig in Grossbritannien herrschende Lehre aus, die Zange ohne Rücksicht auf die Stellung des kindlichen Kopfes im queren Beckendurchmesser anzulegen, und tritt für die ältere von Smellie ab geltende Ansicht ein, dass man bei Anlegen der geraden sowohl, wie der doppelt gebogenen Zange nicht nur das Becken, sondern auch die Durchmesser des kindlichen Kopfes in Betracht zieht. Steht der Kopf im Beckenausgang, so entspricht die angelegte Zange in der Regel beiden Bedingungen, anders bei Stand des Kopfes im Beckeneingang. Hier empfiehlt K., die Zange der Stellung des Kopfes entsprechend anzulegen, also meistens schräg, und zwar so nahe wie möglich dem biparietalen Durchmesser. Bei flachen Becken, wenn die Längsachse des Kopfes ziemlich mit dem queren Beckendurchmesser zusammentrifft, kann der Kopf entweder im antero-posterioren Durchmesser oder nahe demselben gefasst werden (beides selten, dann oft Druckmarke über dem Auge) oder (das ist das gewöhnliche) der Kopf wird ganz schräg gefasst, so dass der eine Löffel an der Seite des Hinterhaupts, der andere an der Seite der Stirn liegt. Welches für die Extraktion die beste Anlegung ist, muss man vorher überlegen. J. Praeger (Chemnitz).

91. **Die Behandlung der Schultern bei der Extraktion am Beckenende**; von Dr. A. Mueller in München. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 5. p. 477. 1898.)

Die Grundsätze, die die verschiedenen Autoren für die Lösung der Arme bei der Extraktion am Beckenende aufgestellt haben, zeigen, wie M. nachweist, die auffallendsten Unterschiede. Dies veranlasste ihn, seine an 118 Fällen von Extraktion am Beckenende gewonnenen Erfahrungen zusammenzustellen und den Mechanismus des Eintritts der Schultern in das Becken zu erörtern. Der Hauptwerth bei der Behandlung der nachfolgenden Arme ist darauf zu legen (in den Lehrbüchern und Arbeiten wurde bisher nirgends ein genügender principieller Unterschied gemacht), ob die Schultern schon den Beckeneingang passirt haben oder nicht und ob im letzteren Falle ein Missverhältniss zwischen Schulterbreite und Beckeneingang besteht. Es ist alsdann die Haltung der Arme im Verhältniss zum Stande der Schultern nebensächlich (es kann sogar für den Durchtritt der Schultern vortheilhaft sein, wenn die Arme möglichst hoch, nach vorn oder auch nach hinten emporgeschlagen sind) und ebenso ist auch das Herabholen der oberhalb des kleinen Beckens befindlichen Arme nicht sowohl sehr schwierig und für Kind und Mutter gefährlich, als auch unwesentlich gegenüber der Aufgabe, die Schultern oder vorerst eine von ihnen in das Becken zu leiten. Dies kann man entweder durch direkte Manipulationen an den Schultern (Rosshirt'scher Handgriff an der hinteren Schulter) oder indirekt durch starken, eventuell sehr starken Zug am Körper erreichen. M. hört deshalb nicht, wenn das Kind bis zu den Schultern geboren ist, mit dem Zuge auf, sondern zieht den am Becken mit beiden Händen gefassten Rumpf kräftigst nach unten. In mindestens der Hälfte der Fälle tritt dann die vordere Schulter hinter der Schamfuge herab. Der Oberarm tritt dann meist von selbst herab oder es genügt ein leichtes Streichen, ihn herabzubringen. Der hintere Arm kommt nun leicht bei Erheben des Rumpfes. Gelingt bei stärkerem Missverhältniss die vordere Schulterlösung durch Hebelzug nicht, so hebelt M. den kräftig angezogenen Rumpf in grossem Bogen nach oben und bringt damit in vielen Fällen ohne Schaden die hintere Schulter in das Becken. Ist der Arm zur Lösung sicher gefasst, so räth M., mit dem Zuge nachzulassen und die Lösung selber ohne Zug am Rumpfe auszuführen.

Gelingt auch dieser Handgriff nicht, so ist die Entwickelung bisweilen nur durch die absichtliche Herbeiführung eines Schlüsselbeinbruches (Kleidorrhexis) zu bewerkstelligen, womit eine Verschmälerung des Schulterumfangs bewirkt wird. Hierzu hebelt M. erst das Kind nach unten, dann mit beiden Händen aufwärts (Narkose!). Auf 104 Extraktionen bei vor der Operation lebenden Kindern kamen 21 Todesfälle = 20%. Die Wendungen und Extraktionen ergeben eine Todeszahl von 8.8% unter der Geburt, von 17.7% unter der Geburt und in der 1. Lebenswoche.

J. Praeger (Chemnitz).

92. **Pregnancy in a rudimentary uterine horn, rupture, death, probable migration of ovum and spermatozoa**; by Thomas S. Cullen and G. L. Wilkins, Baltimore. (Johns Hopkins Hosp. Rep. VI. p. 113. 1896.)

Eine 29jähr. Frau, die einmal geboren hatte, hatte wiederholt Schmerzanfälle in der linken Beckenseite gehabt. Am 28. Aug. 1894 heftige wehenartige Schmerzen; sie gab an, im 3. Monate schwanger zu sein. Am 29. Aug. Zunahme der Schmerzen. Bei der Untersuchung wurde links von der Gebärmutter eine rundliche Geschwulst gefühlt und an eine Eileiterschwangerschaft gedacht. Am 30. Aug. Vormittags hörten die Schmerzen auf, Ohnmacht und kalte Schweisse traten auf und ehe die Operation vorgenommen werden konnte, starb die Kranke.

Bei der Leichenöffnung fanden sich in der Bauchhöhle 4000 ccm Blut und eine 3—4monat. Frucht mit den Eihäuten. Die Gebärmutter bestand aus einem gut entwickelten rechten Horn mit normalem Eileiter und Eierstock, welcher letztere das Corpus luteum enthielt. Die Schwangerschaft hatte sich im rudimentären linken Horne entwickelt, das durch einen muskulösen Strang mit dem rechten Horne in der Gegend des inneren Muttermundes zusammenhing. Dieser Strang enthielt einen mit Cylinderepithel ausgekleideten Kanal, der aber an beiden Enden verschlossen war, so dass keine Verbindung zwischen den Höhlen der beiden Hörner bestand. Deciduaentwickelung liess sich sowohl in beiden Höhlen wie in dem erwähnten Kanal nachweisen. In der Lichtung des rechten Eileiters fanden sich, völlig frei liegend, placentare Riesenzellen, die jedenfalls aus der Bauchhöhle aufgenommen sein mussten. Nach den anatomischen Verhältnissen ist eine Ueberwanderung von Ei

und Spermatozoën durch die Bauchhöhle hindurch wahrscheinlich.

Im Ganzen konnten C. u. W. mit dem ihrigen 39 Fälle von Schwangerschaft im rudimentären Horne zusammenstellen. Die Zerreissung des Sackes erfolgt in der Regel im 4. bis 5. Monate und bedingt fast immer den Tod. Einzelne wenige Fälle verlaufen bis zum Ende der Schwangerschaft. Zum Unterschied von Eileiterschwangerschaft ist die Gebärmutter nach der der Schwangerschaft entgegengesetzten Seite gebeugt; der Stiel des Fruchtsackes entspringt von der Gegend des inneren Muttermundes statt vom Tubenwinkel und endlich entspringt das runde Mutterband nach aussen vom Sack. Auch zeichnet sich die Schwangerschaft im rudimentären Horne durch grosse Beweglichkeit aus. Die Behandlung besteht in Amputation des schwangeren rudimentären Hornes. Unter 11 Operationen sind 2 Todesfälle verzeichnet und einmal ist der Ausgang nicht vermerkt. Ueberwanderungen von Ei und Spermatozoën sind bei Schwangerschaft im rudimentären Horne häufig.

J. Praeger (Chemnitz).

93. **Gestation in the Fallopian tube and the structural changes that take place in its walls**; by Joseph Griffiths. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. V. 4. p. 443. Dec. 1898.)

Zur Untersuchung dienten vier Präparate von *Eileiterschwangerschaft*. Im 1. Falle handelte es sich um tubaren Abort, im 2. und 3. um Sitz der Placenta an der oberen Wand und Riss des Eileiters mit Blutung in die Bauchhöhle und Verschwinden der Frucht in diese. Im 4. Falle war die Placenta in das breite Mutterband und in das lockere Bindegewebe des Beckenbodens hineingewachsen und durch Zerreissung der vorderen Wand des Fruchtsackes hatten sich Frucht, amniotische Flüssigkeit und Blut in die Bauchhöhle ergossen. Im 1. Falle war die Dauer der Schwangerschaft 8 Wochen, im 2. 11—12 Wochen, im 3. 4—5 Monate, im 4. 4 Monate. Die Untersuchungen ergaben Folgendes: Bei Sitz der Schwangerschaft im Eileiter verhält sich dessen Wand ganz anders als die Gebärmutterwand unter gleichen Verhältnissen. Sitzt die Placenta an einer Stelle der Eileiterwand, die mit Bauchfell bedeckt ist, so wird diese allmählich aufgebraucht, bis alle ihre Einzelbestandtheile verschwinden und nur eine dünne, fast gefässlose fibröse Membran zurückbleibt. An anderen Stellen wird die Wand gedehnt und zeigt chronisch entzündliche Veränderungen. Siedelt sich die Placenta an *der* Stelle der Wand an, an der die Mesosalpinx angelagert ist, so können die Zotten durch die Wand hindurch in das Bindegewebe zwischen die beiden Blätter des breiten Mutterbandes, selbst bis zum Beckenboden dringen. Die fötalen Häute besitzen die natürliche Form, aber mangels einer dauerhaften mütterlichen Decidua serotina erhalten die placentaren Zotten nicht den richtigen Gefässaufbau, bleiben verkrüppelt, werden schliesslich fibröse, fast funktionlose Fortsätze. Die Entwickelung der Decidua (serotina, vera und reflexa) ist nicht so ausgesprochen, dass sie sich deutlich nachweisen liesse; jedenfalls entwickelt sich keine Decidua wie in der Gebärmutter. Aus den neugebildeten Gefässräumen der Eileiterwand kommt es leicht zum Blutaustritte. Das Blut kann sich aus beiden Eileiteröffnungen ergiessen oder kann sich zwischen Placenta und Eileiterwand oder auch in dem Placentagewebe selbst anhäufen, hierdurch eine erhöhte Spannung des Eileiters und schliesslich Zerreissung der Wand herbeiführen. Die Zerreissung findet gewöhnlich an dem Theile des Eileiters statt, der in Verbindung mit dem Amnion steht. Die Frucht kann ausgestossen in der Bauchhöhle absterben und aufgesogen werden, sie kann aber auch schrumpfen und im Amnionsacke vollständig verschwinden in Folge schlechter Ernährung durch die mangelhafte Entwickelung der Placenta.

J. Praeger (Chemnitz).

94. **Studien über die Einbettung des Eies in der Tube**; von Heinrich Füth in Leipzig. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 6. p. 590. 1898.)

Das Präparat entstammt einer 26jähr. Arbeitersfrau, die vom 29. Nov. bis 1. Dec. 1896 zum letzten Male (regelmässig!) menstruirt war. Am 9. Dec. starke Schmerzen und Blutungen aus der Scheide, die die Frau veranlassten, die Kieler Klinik aufzusuchen. Bei dem vorgenommenen Bauchschnitte wurde der linke Eileiter entfernt, der 3 cm vom uterinen Ende eine kirschgrosse kugelige Auftreibung, das wesentlich intraligamentär entwickelte Ei, aufwies. Das Alter des Eies wurde anfänglich auf 2—2½ Wochen, nach nochmaliger Durchsicht der Präparate auf nicht viel mehr als 8 Tage geschätzt, was mit dem Zeitpunkte der letzten Menstruation übereinstimmen würde. Nach Aufschneiden des Eileiters zeigte sich in der erwähnten Auftreibung eine die Schleimhautebene überragende Klippe, von einer graugelblichröthlichen Kapsel überzogen, die sich ringsum aus der Eileiterschleimhaut erhob. Nur an einer Stelle nach der Bauchöffnung des Eileiters zu war die Kapsel durch ein dünnes Blutgerinnsel durchbrochen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes: Eine Embryonalanlage wurde nicht gefunden. Das Ei als solches war charakterisirt durch gut erhaltene, nur auffallend plumpe Zotten. Durch die Blutung war ein Theil der Zotten herausgeschwemmt. Mütterliches Epithel fehlte im Bereiche des Eisitzes an der Innenseite der Fruchtkapsel vollständig, ferner fehlte unter dem Eiboden die Ringsmuskulatur mit Ausnahme schmaler Reste. Unter dem Eiboden lagen ausserordentlich erweiterte Venen und Arterien mit stark hypertrophirter Muskulatur. Während die Ringsmuskulatur in Folge einer knieförmigen Biegung des Eileiters im Bereiche des Eisitzes an der Peripherie der Basis aufhörte, ging die subepitheliale Längsmuskulatur mit der Schleimhaut auf die Kuppe der Eikugel über. Nach der Höhe der Vorwölbung zu wurde das Epithel immer flacher. Am Eiboden fand sich zwischen Ei und Eileiterwand ein Fibrinstreifen, der stellenweise durch einwuchernde Fortsätze des Chorionepithels durchbrochen wurde. Eine deutliche Decidua fehlte auch hier.

Aus dem Verhalten des Eies geht hervor, dass es sich zwischen subepithelialer Längschicht aus der Ringschicht der Muskulatur entwickelt hat und dass letztere dabei in grösserem Umfange rasch verschwunden ist.

Keine der seither gegebenen Erklärungen kann die anatomischen Verhältnisse der Eikapsel in dem Präparate befriedigend erklären. Werth glaubt sich diese nur dadurch erklären zu können, dass das Ei selbst sich seinen Weg in die Tiefe der Wand gebahnt hat. Bei dieser Auffassung giebt es natürlich eine Reflexa oder Circumflexa im alten Sinne nicht mehr. Vom rein theoretischen Standpunkte aus giebt F. auch die Möglichkeit zu, dass sich das Ei in einem Nebentubengange gefangen haben kann, wenn auch die Annahme für diesen Fall nicht wahrscheinlich ist. Die Annahme des aktiven Vorgehens des Eies erklärt die ungünstigen Bedingungen für die Weiterentwickelung der Eileiterschwangerschaft, da das Ei auf dem Wege durch die Schleimhaut nach kurzer Zeit in die Nähe der grossen Gefässe gelangt, deren Wand es annagt, so dass bei geringer äusserer Veranlassung eine grössere Blutung eintritt.

J. Praeger (Chemnitz).

95. **Repeated ectopic pregnancy in the same patient, with account of a case, where two gestation sacs (one a lithopaedion) were successfully removed from either side at one operation**; by James Haig Fergusson, Edinburgh. (Edinb. med. Journ. V. 2. p. 145. Febr. 1899.)

Eine 29jähr. Frau, die 2mal geboren hatte, zuletzt im Februar 1892, verlor die regelmässige Blutung vom Januar 1894 ab. Nach 4 Monaten heftiger rechtseitiger Leibschmerz und viele Wochen dauerndes Krankenlager. Die Periode war dann wieder regelmässig bis Februar 1898, worauf sie 2mal ausblieb. Am 11. April wurde F. hinzugezogen wegen Schmerzen im Becken und Harnverhaltung. Er fand die Gebärmutter vergrössert und nach rechts verlagert, in der linken Beckenhöhle eine gänseeigrosse fluktuirende Geschwulst und rechts über dem Gebärmuttergrunde einen harten unregelmässigen Körper. Nach der Untersuchung ging eine Decidua ab. Da die linkseitige Geschwulst wuchs, wurde am 19. April der Bauchschnitt gemacht. Bei leichter Berührung riss der linkseitige Eileitersack, der schon in das breite Mutterband geplatzt war, nochmals ein. Nach seiner Entfernung Ausräumung von Blutgerinnseln aus der Höhle des breiten Mutterbandes und Entfernung der rechtseitigen Geschwulst. Während die linke Geschwulst ein typischer frischer Fruchtsack im 3. Monate der Schwangerschaft war, handelte es sich bei der an einer darmähnlich aussehenden Hydrosalpinx durch einen kurzen fibrösen Stiel befestigten Geschwulst um einen Lithopädionsack, der in der Bauchhöhle lag. Er enthielt die Knochen einer 4 Monate alten Frucht.

Fälle von wiederholter Eileiterschwangerschaft sind nicht selten. Zangemeister konnte 34 Fälle zusammenstellen. 2mal operirt worden sind 15 Frauen. F. hält es deshalb für besser, auch den nicht schwangeren Eileiter, wenn er auch makroskopisch nicht verändert ist, mit zu entfernen, vorausgesetzt, dass man sich der Einwilligung der Ehegatten vorher versichert hat.

J. Praeger (Chemnitz).

96. **Der Argentumkatarrh des Neugeborenen**; von Dr. H. Cramer in Bonn a. Rh. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 9. 1899.)

C. untersuchte in gleichmässiger Weise zunächst, ob und wie lange das Auge reagirt, zweitens, warum die verschiedenen Kinder so verschieden stark reagiren, drittens, wie lange der Katarrh aseptisch ist und welche Bakterien etwa zur weiteren Unterhaltung der Sekretion beitragen. Als Material dienten 300 mit Argentum behandelte Neugeborene. Die Reaktion äusserte sich in einfacher Schwellung und Röthung bis zum Bilde einer schweren Conjunctivitis oder besser Blennorrhöe mit Sekretmassen, die die Kopfunterlage durchnässten. Nur in 4 unter 100 Fällen blieb eine Sekretion aus, in 73 Fällen war die Sekretion bis zum 5. Lebenstage vollständig verschwunden und der Katarrh abgeheilt. In den übrigen 23 (im Originale fälschlicher Weise 27) Fällen zog sich die Sekretion weiter als bis zum 5. Lebenstage hin. Bei 11 Kindern äusserte sich eine Sekundärinfektion in einem deutlichen Aufflackern des fast abgeheilten Katarrhs. Alle diese Sekundärkatarrhe heilten unter Borsäurebehandlung rasch ab. B. bezieht die Stärke der Reaktion nur auf die Concentration der angewandten Argentumlösung, nicht auf die Menge. Ausserdem scheinen Kinder mit weniger als 2000 g Anfangsgewicht besonders empfindlich zu sein. Der Hauptgrund für die zuweilen sehr starke Reaktion scheint aber in der an sich durch die Geburt (lange Dauer, Gesicht-, Vorderhauptlagen, Zangengeburten) bedingten Alteration und zuweilen in langer ödematöser Schwellung der Conjunctiva zu liegen. Dafür sprechen mehrere Erfahrungen. Dagegen ist die Dauer der Sekretion unabhängig von der anfänglichen Stärke, sie ist bedingt durch nachträgliche Ansiedelung von Bakterien, die vom 2. Tage an beginnt. Am häufigsten finden sich Staphyl. albus, Xerosebacillen und Staphyl. aureus. Der letztere war unter den 11 Fällen von Sekundärkatarrh 7mal vorhanden, 3mal in Reincultur. Eine der Sekundäreiterungen war durch Streptokokken bedingt. Einige Male fand sich Staphyl. aureus ohne Katarrh. Staphyl. albus und Xerosebacillen scheinen nur eine saprophytische Rolle zu spielen. Einige Katarrhe schienen unabhängig von bakteriellen Einflüssen zu sein. Glaeser (Danzig).

97. **Statistische Beiträge zur Lehre von der Scrofulose**; von Prof. Monti in Wien. (Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 3 u. 4. p. 161. 1899.)

Ausgehend von Virchow's Charakterisirung der Scrofulose unterscheidet M. drei Stadien der Erkrankung:

Im *ersten* Stadium kommen jene scrofulösen Affektionen zur Beobachtung, die ihren Grund im mangelhaften histologischen Aufbau der Gewebe, sowie in dem unvollkommen vor sich gehenden Stoffwechsel und den dadurch bedingten Folgezuständen haben. Hierher gehören: schlaffe Muskulatur, schlecht gebildetes Fettpolster, torpide und erethische Beschaffenheit der Haut, abnorm zarter Knochenbau, Anämie, Herzschwäche, leichte hypertrophische Schwellung der Lymphdrüsen, Störungen der Respiration- und Verdauungorgane. Zum *zweiten* Stadium gehören alle scrofulösen Affektionen, die ihre Entstehung dem abnormen

Verhalten der Gewebe gegenüber äusseren Einflüssen verdanken, also entzündliche Processe der Haut, der Schleimhäute, des Periost, die eben durch ihre geringe Tendenz zur Heilung sich auszeichnen. In das *dritte* Stadium gehören alle scrofulösen Processe, die in Folge der Einwirkung von Tuberkelbacillen zur Bildung von tuberkulösen Erkrankungen führen und die also den Ausgang in Lokaltuberkulose bedingen. Hierher gehört die Tuberkulose der Lymphdrüsen, der Haut, der Knochen und der Gelenke.

Auf Grundlage dieser Auffassung verwerthet M. sein reiches Krankenmaterial (57585 Fälle) zum Zwecke der Feststellung der relativen Häufigkeit der einzelnen Stadien und fasst zum Schlusse das Gesagte in folgenden allgemeinen Sätzen zusammen: 1) Die Unterscheidung zwischen Scrofulose und Tuberkulose muss noch aufrecht erhalten werden und bezieht sich nur auf die ersten 2 Stadien, wo eben der Nachweis der tuberkulösen Produkte fehlt. 2) Die Häufigkeit der Scrofulose beträgt ungefähr 9% aller zur Behandlung kommenden Erkrankungen. 3) Die Scrofulose kommt, wenn auch selten, schon im ersten Lebensjahre zur Behandlung, am häufigsten ist sie aber im Alter von 1—5 Jahren und ist in den folgenden Altersstufen zwar immer noch häufig, aber so ziemlich gleichmässig vertreten. 4) Die relative Häufigkeit der einzelnen Stadien der Scrofulose beträgt ungefähr für das 1. Stadium 10%, für das 2. Stadium 68%, für das 3. Stadium 22%. 5) Die Heilbarkeit der Scrofulose ist nach den Stadien verschieden. Nach den vorliegenden Erfahrungen beträgt das Heilungprocent für das 1. Stadium 87, für das 2. Stadium 85, je nach den Lokalaffektionen 80—91, für das 3. Stadium 60, je nach den Lokalaffektionen 32—82. 6) Die Mortalität ist in den einzelnen Stadien der Scrofulose ebenfalls verschieden und beträgt für das 1. Stadium kaum 1%, für das 2. Stadium ungefähr 3%, für das 3. Stadium über 8%. 7) Die Todesursache der Scrofulose sind im 1. Stadium vorwiegend Tuberkulose der inneren Organe, besonders der Lungen, oder intercurrirende anderweitige infektiöse Processe, im 2. Stadium hauptsächlich Tuberkulose der Lungen und des Darmes, im 3. Stadium insbesondere Meningitis tuberculosa und amyloide Entartung der inneren Organe, in einer gewissen Zahl von Fällen auch chronische Sepsis.

Herbert Beschorner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

98. **Beiträge zur Osteomyelitis mit besonderer Berücksichtigung der Therapie und der Heilerfolge**; von Dr. P. Roeseler. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 243. 1899.)

R. giebt einen Bericht über die in den letzten 6 Jahren im St. Hedwig-Krankenhause zu Berlin beobachteten Fälle von *Osteomyelitis*. Im Ganzen handelt es sich um 43 Kranke, von denen die meisten einer Nachuntersuchung unterzogen werden konnten. Bei 23 Kranken handelte es sich um *akute Osteomyelitis*. Die operative Behandlung bestand in 7 Fällen zunächst in ausgiebiger Incision der Weichtheilabscesse bis auf den Knochen, während in 16 Fällen sofort die Aufmeisselung des Knochens vorgenommen wurde. Von diesen 23 Kranken wurden 15 geheilt, 3 auf Wunsch ungeheilt entlassen, 5 = 17.4% starben. „Wenn wir noch einmal kurz zusammenfassen, was wir aus unseren Fällen in Betreff der Wirkung des ersten operativen Eingriffes auf den Verlauf der Krankheit ersehen können, so finden wir, dass sich bei frühzeitiger Aufmeisselung Metastasen in anderen, Recidive in demselben Knochen und Komplikationen mit Vereiterung des benachbarten Gelenkes, die bei primärer Incision relativ häufig auftraten, immer haben vermeiden lassen und dass ferner ein günstiger Einfluss der Aufmeisselung auf die Entfieberung und die Ausdehnung der Nekrose sich entschieden hat feststellen lassen.“

Was die *Nekrosen-Operationen* anlangt, so kommen von den 23 akuten Fällen nur 12 in Betracht, sowie 20 erst im chronischen Stadium aufgenommene Kranke, so dass also an 32 Kranken *Nekrotomien* vorgenommen wurden, und zwar im Ganzen 37. Am häufigsten war der Femur Gegenstand der Operation, nämlich 12mal, dann folgen Tibia mit 11, Humerus mit 7, Fibula und Pelvis mit je 2, Radius, Scapula und Sternum mit je einer Sequestrotomie. In 10 Fällen fanden sich keine Sequester, davon sind 3 als eigentliche *Knochenabscesse* zu bezeichnen. Von den 32 Operirten genasen 30, 2 starben. Von den 30 Geheilten konnten 23 nach ½—6 Jahren revidirt werden. Bei 88.5% ergab sich *vollkommene Heilung ohne Fistelbildung*. Dieses günstige Resultat ist jedenfalls in der Methode der Operation begründet. Rotter wendet das von Esmarch, Riedel u. A. empfohlene Verfahren an, die Knochenhöhle nach Möglichkeit auszuschalten, indem man durch Fortmeisseln der Seitenwände eine möglichst flache Rinne herstellt, in die sich die Weichtheile leicht hineinlegen lassen.

P. Wagner (Leipzig).

99. **Ueber traumatische Gangrän durch Ruptur der inneren Arterienhäute**; von Dr. U. Herzog. (Beitr. z. klin. Chir. XXIII. 3. p. 643. 1899.)

H. berichtet aus der v. Bruns'schen Klinik über einen 32jähr. Kr., bei dem sich an eine Contusion der Kniegelenkgegend ohne Hautverletzung Gangrän des Unterschenkels anschloss. Amputation des Oberschenkels nach Gritti; *Heilung*. Als Ursache der Gangrän ergab sich eine Ruptur

der beiden inneren Häute der Art. poplitaea. Diese Beobachtung hat H. veranlasst, sämmtliche bisher bekannten Fälle von *Ruptur der inneren Arterienhäute mit nachfolgender Thrombose* aus der Literatur zusammenzustellen.

Eine Zerreissung der inneren Häute einer Arterie kann zweierlei Folgen haben: entweder geben die geschwächten Wände unter dem Andrange des Blutstromes nach und führen die Bildung eines Aneurysma herbei, oder die zerrissenen Häute rollen sich zusammen und es kommt zur Bildung eines Thrombus, unter Umständen mit nachfolgender Gangrän.

H. hat im Ganzen 62 Fälle von Ruptur der inneren Arterienhäute zusammengestellt: 18 betrafen die Art. brachialis, 15 die Art. poplitaea, 7 die Art. axillaris, 8 die Art. femoralis u. s. w.

Die hauptsächlichste Ursache, die eine Zerreissung der inneren Häute der Arterien herbeiführt, ist eine direkt auf die Arterie einwirkende stumpfe Gewalt, häufig unterstützt durch eine gleichzeitige Zerrung des Arterienrohres. Unter den verschiedenen Arten der Gewalteinwirkung spielt die Ueberfahrung eine wichtige Rolle, wobei in der Mehrzahl der Fälle gleichzeitig eine Fraktur zu Stande kommt. Es wird hierbei die Arterie gegen den benachbarten Knochen angepresst; auch dislocirte Fragmente können dieselbe Wirkung haben. Von 45 Fällen, die hierüber Angaben enthalten, waren 32 *subcutan* entstanden; von den 32 Fällen, in denen Gangrän eintrat, waren 24 subcutan und nur 8 mit Hautwunden complicirt. Von anderweitigen Verletzungen waren *Frakturen* und *Luxationen* besonders häufig (37mal). Von den 32 Fällen, die in Gangrän ausgingen, waren 18 mit Frakturen complicirt. Die Zerreissung der inneren Arterienhäute betrifft häufiger Intima und Media zusammen, seltener die Intima allein. Der Riss ist fast stets quer und betrifft meist den ganzen Umfang des Gefässes.

Das wichtigste Symptom der Verschliessung des Gefässes ist das Fehlen des Pulses. Der Puls kann sich nach mehreren Tagen oder Wochen an der Peripherie wieder einstellen, vorausgesetzt, dass der Collateralkreislauf hergestellt ist. Bleibt dieser aus, so ist die sichere Folge die *Gangrän* des von dem verschlossenen Gefässe zu versorgenden Gewebes. Unter 62 Fällen trat 32mal *Gangrän* ein. In 7 weiteren Fällen trat der Tod an Shock oder anderweitigen schweren Verletzungen zu einer Zeit ein, da die Gangrän sich noch nicht entwickelt haben konnte. In diesen Fällen ist die Ruptur anatomisch nachgewiesen worden. In 23 Fällen trat *Heilung ohne Gangrän* ein.

Vergleicht man die Fälle von Heilung mit denen, die in Gangrän ausgegangen sind, so springt sofort in die Augen, dass bei den letzteren ungleich schwerere *Nebenverletzungen* vorhanden waren. Ferner kommt mit Rücksicht auf das *Atherom der Arterien* das Alter der Kranken in Betracht. Drittens hängt die Prognose wesentlich davon ab, ob die *Hauptvene mitverletzt* ist oder nicht. Ist sie mitbetroffen, so ist das Schicksal der Extremität besiegelt.

Die Aufgabe der *Behandlung* kann nur bestehen in einer Begünstigung der Bildung eines Collateralkreislaufes, da die Bildung des Thrombus nicht verhindert werden kann. Das Hauptmittel ist hier die *Hochlagerung des Gliedes.* Sobald sich aber eine ausgesprochene Gangrän ausgebildet hat, ist die *Amputation* der einzig mögliche Ausweg.

P. Wagner (Leipzig).

100. **Weitere Erfahrungen über die Sehnenüberpflanzung**; von Dr. O. Vulpius. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17. 1899.)

Von 1896 bis jetzt hat V. *80 Sehnenüberpflanzungen* ausgeführt, und zwar am häufigsten bei *spinalen Kinderlähmungen,* deren streng umschriebene Herdaffektionen in vielgestaltiger Abwechselung partielle Muskel- und Funktiondefekte erzeugen. Auch bei den *spastischen Lähmungen,* sowie bei den Folgen der sogen. *cerebralen Kinderlähmung* kann die Ueberpflanzung der Sehnen von Nutzen sein. Schliesslich ist unter Umständen bei einzelnen angeborenen Deformitäten, besonders beim *Klumpfusse,* die Ueberpflanzung versuchenswerth.

Die *Heilung* erfolgte bei den letzten 60 Ueberpflanzungen stets glatt und fieberlos im ersten Gipsverbande. Eine nachträgliche Ausstossung von Seidensehnennähten fand in 4 Fällen statt.

Unter Nichtberücksichtigung der Operationen von 1899 wurden von 66 Ueberpflanzungen 37 bei *spinaler Kinderlähmung* ausgeführt, und zwar mit Ausnahme von 2 Transplantationen am Oberschenkel alle am Unterschenkel wegen paralytischen Klump-, Spitz-, Platt-, Schlotterfusses. Am Oberschenkel hat nur die eine Operation guten Erfolg gegeben; am Fusse hat die Methode nie ganz versagt, selbst wenn dies anfangs so den Anschein hatte, sondern in der grossen Mehrzahl der Fälle bezüglich Stellung und Beweglichkeit des Fusses, sowie hinsichtlich des Ganges vorzügliches geleistet.

Auch in 5 Fällen von *angeborenem Klumpfusse* war der Erfolg durchweg gut; doch ist eine Verallgemeinerung des Verfahrens hier gewiss nicht am Platze, das nur für besonders renitente Füsse, insbesondere auch für solche, die aus jedem Verbande herausschlüpfen, zu empfehlen sein dürfte.

Wegen *cerebraler spastischer Kinderlähmung* wurde 8mal operirt, 5mal am Fusse, 3mal an der Hand. Am Fusse ist stets ein guter, einige Male ein überraschend guter Erfolg eingetreten, indem Stellung und Beweglichkeit der Norm sehr nahe kamen, der Spasmus verschwand. An der Hand waren die Erfolge nicht so günstig.

P. Wagner (Leipzig).

101. **Die Kocher'schen Radikaloperationen des Larynxcarcinoms seit 1890**; von Dr. Fr. Rutsch. (Deutsche Ztschr. f. Chir. L. 5 u. 6. p. 481. 1899.)

R. giebt zunächst einen Ueberblick über die verschiedenen *operativen Eingriffe bei Larynxcarcinom* und theilt die von verschiedenen Aerzten zusammengestellten statistischen Resultate mit.

Die Kocher'schen Fälle der 80er Jahre sind früher bereits von Lanz mitgetheilt worden. Bei den 8 primären Larynxcarcinomen wurde 5mal die Totalexstirpation, 1mal die partielle Resektion, 1mal die Pharyngotomia subhyoidea, 1mal die Thyreotomie mit Excision von Weichtheilen vorgenommen. Nur in dem letztgenannten Falle ist der Kranke bis jetzt volle 9 Jahre ohne Recidiv geblieben.

Seit 1890 hat Kocher weitere 12 Radikaloperationen wegen Larynxcarcinom ausgeführt: 1 Totalexstirpation, nachdem auf die halbseitige Laryngektomie ein Recidiv eingetreten war, 6 halbseitige Laryngektomien, 3 partielle kleinere Resektionen, 1 Thyreotomie mit Weichtheilexcision, 1 Pharyngotomia subhyoidea mit Excision der Epiglottis. Der letztgenannte Kranke ist $4^1/_2$, einer mit halbseitiger Laryngektomie bis jetzt $2^1/_2$ Jahre recidivfrei geblieben. Weitere Kranke mit partieller Resektion sind 5, 6, 7 und 10 Monaten noch ohne Recidiv. 3 Kranke starben an Pneumonie (aber nur einer im direkten Anschlusse an die Operation), 3 Kranke an Recidiv.

Kocher operirt jetzt stets in Trendelenburg'scher Schräglage mit Rose'scher Hängelage des Kopfes, unter lokaler Cocainanästhesie und Bepinselung der Larynxschleimhaut mit Cocain-Antipyrinlösung nach Stein (Cocain, Antipyrin ana 5.0 : 100.0, Acid. carbol. 1.0) also ohne Tamponkanüle und Narkose. Die Eröffnung geschieht durch einfache Thyreotomie ohne Beifügung des früher üblichen Querschnittes unterhalb des Zungenbeines; die Nachbehandlung bei gewöhnlicher Trachealkanüle, die zum Schlusse der Operation eingesetzt wird, Jodoformgazetamponade und Ernährung per os gleich vom 1. Tage nach der Operation an.

P. Wagner (Leipzig).

102. **Beiträge zur Pathologie und Therapie der Gallensteinkrankheit**; von Dr. W. Petersen. (Beitr. z. klin. Chir. XXIII. 3. p. 705. 1899.)

Die Arbeit ist eine direkte Fortsetzung der früheren, aus der Czerny'schen Klinik hervorgegangenen Uebersichten, die zusammen 65 Operationen umfassten. P. hat die Krankheitfälle von October 1894 bis April 1898 bearbeitet, im Ganzen 114 Operationen bei 94 Kranken. Und zwar handelte es sich bei 42 Kranken um die *Cholecystotomie,* eventuell um Incisionen bei perforirenden Gallensteinabscessen; bei 4 Kranken um die *Cysticotomie;* bei 1 Kranken um die *Cholecystektomie* wegen Stein; bei 11 Kranken um die *Choledochotomie* und verwandte Operationen, *Duodenotomie* und *Hepatikotomie;* bei 6 Kranken um *Anastomosenbildung zwischen den Gallenwegen und dem Darme,* und zwar je 3mal wegen Gallensteinen und wegen Pankreascarcinom; bei 5 Kr. um *Laparotomien wegen reiner Cholecystitis* (ohne Steinbildung) oder wegen *Adhäsionen;* bei 17 Kranken um Operationen bei *Carcinom der Gallenblase* u. s. w. u. s. w.

Als Normalverfahren hat sich in der Heidelberger Klinik die *einzeitige Cholecystostomie* eingebürgert. Die *Endyse* ist in den letzten Jahren fast ganz verlassen worden; die *Ektomie* wurde nur ausgeführt bei starker pathologischer Veränderung der Gallenblase, vor Allem bei Verdacht auf Krebs. *Cysticussteine* wurden möglichst durch Druck in die Blase befördert oder mit schlanker Zange extrahirt oder endlich durch Incision des Cysticus entfernt; die Cysticuswunde wurde stets vernäht. Fand sich ein Stein im *Choledochus,* so war die Methode der Wahl die *Choledochotomie.* Die *Cholecystotomie-Enterostomie* wurde nur gemacht, wenn die Entfernung des Steines zu schwierig schien, wenn man nicht sicher war, alles entfernt zu haben oder wenn man Narbenstenose annahm.

Für die *Gesammt-Endresultate* kommen 131 Operationen in Betracht (mit Ausschluss der Carcinome u. s. w.). Auf diese entfallen 8 = 5.1% Todesfälle, und zwar kommen auf 63 Cholecystostomien nur 2 Todesfälle. Zur Beurtheilung der Frage, wie oft nach Operationen die Steine sich wieder bildeten, kann P. 95 Fälle verwerthen. Ein *echtes Recidiv,* d. h. Neubildung von Gallensteinen nach operativer Entfernung sämmtlicher vorhandenen, fand sich nur *in einem Falle. Alle anderen Kranken blieben recidivfrei.* „Nach unseren Erfahrungen, zusammen mit den von anderer Seite gesammelten, wird es jedenfalls immer wahrscheinlicher, dass der Process der Gallensteinbildung, von verschwindenden Ausnahmen abgesehen, *sich nur einmal im Leben abspielt und nach erfolgreicher zweckmässiger Operation nicht wieder auftritt.*"

P. Wagner (Leipzig).

103. **Ueber Choledochotomie**; von Dr. Haasler. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 2. p. 289. 1899.)

H.'s Ausführungen liegt das Krankenmaterial der Hallenser chirurgischen Klinik seit Anfang der 90er Jahre zu Grunde. Unter den 70 Operationen an den Gallenwegen fanden sich 18mal *Steine im Duct. choledochus.* Diese Fälle zeigen neben äusserst mannigfachen Besonderheiten des Verlaufes doch eine gewisse Gesetzmässigkeit in Bezug auf die Lokalisation der Steine. Es liegt nahe, anzunehmen, dass diese bedingt sein muss durch Besonderheiten im anatomischen Baue des Ganges, sowie durch pathologische Veränderungen, die an bestimmten Stellen mit einiger Regelmässigkeit auftreten. H. hat anatomische und pathologisch-anatomische Untersuchungen darüber angestellt, welche Momente die Einkeilung oder Festsetzung

der Choledochussteine an bestimmten Liebling-stellen bedingen. In Betracht kommen namentlich normaler Weise vorhandene Verengerungen des Ganges, das verschiedenartige Verhalten des Pankreas, Lymphdrüsen, flächenhafte Verwachsungen, derbe strangförmige Adhäsionen.

Die erstgenannten Hindernisse sitzen alle im retroduodenalen Abschnitte des Choledochus; es müsste deshalb auch der Sitz der verhaltenen Steine am häufigsten ein retroduodenaler sein; in Folge der bei Steinverschluss rasch eintretenden Erweiterung der oberen Gallenwege sind jedoch die Conkremente zumeist weiter oberhalb, im freiverlaufenden Theile des Ganges der Operation zugänglich. In $^2/_3$ der Fälle konnte an dieser am bequemsten erreichbaren Stelle die *Choledochotomie* vorgenommen werden.

Wenn jedoch durch Ausbuchtung der Choledochuswandung, geschwürige Usur oder andere hemmende Einflüsse der Stein *retroduodenal* fixirt ist, so wird es nöthig, ihn hier bei der Operation aufzusuchen. Dieser Eingriff ist bedeutend schwieriger und verlangt vor Allem eine genaue Kenntniss der Topographie der Portio retroduodenalis des Choledochus. Die *retroduodenale Choledochotomie* musste bei 3 von den 18 Kranken vorgenommen werden. Eine ganz besondere Stellung nehmen jene Fälle ein, in denen der Stein im papillären Endstücke des Ganges seinen Sitz hat. Dieses Verhalten wurde 3mal unter den 18 Fällen beobachtet. 2mal wurde der Stein während der Operation gelockert und in das Duodenum gedrängt, nur 1mal war die *intraduodenale Operation* nothwendig. Von den 18 Operirten starben 2 (eiterige Cholangitis u. s. w., bez. Nachblutung bei schwerer Cholämie). Bei den meisten der von H. mitgetheilten Operationen wurde so verfahren, dass nach Nahtverschluss der Choledochuswunde, der in allen Fällen möglich war, eine Cystostomie nicht gemacht wurde. Man darf diese Anlegung eines Sicherheitventils, einer natürlichen Ableitung inficirter Galle auf jene Fälle einschränken, in denen durch den Befund bei der Operation oder den klinischen Verlauf Zeichen einer, wenn auch nur geringen frischeren Entzündung nachweisbar sind. In zweifelhaften Fällen wird man sich durch sorgfältige Drainage und Tamponade der Bauchwunde hinreichend gegen ungünstige Complikationen sichern können.

H. empfiehlt zur *Choledochotomie* einen Bauchschnitt parallel dem Rippenrande, eventuell mit einem Hülfschnitte in der Längsrichtung.

P. Wagner (Leipzig).

104. **Bericht über 197 Gallensteinoperationen aus den letzten $2^2/_3$ Jahren**; von Prof. H. Kehr, Dr. P. Eilers u. Dr. R. Lucke. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 3. p. 470. 1899.)

In der über 200 Druckseiten starken Arbeit berichten die Vff. über *202 Gallensteinlaparotomien*, die an 177 Kranken vorgenommen wurden; 5 Operationen waren noch während der Correktur der Arbeit hinzugekommen. Die Gesammtsumme sämmtlicher bisher von Kehr ausgeführten Laparotomien wegen wirklicher oder vermutheter Cholelithiasis oder deren Folgezustände beträgt 408 an 351 Kranken! Von diesen 408 Operationen verliefen 49 = 12% ungünstig, die Kranken starben. Rechnet man nun die Todesfälle, die nach Operationen wegen gänzlich irreparabler Zustände eintraten, und die nicht durch Eingriffe an den Gallenwegen bedingten übelen Ausgänge ab, so bleiben von den in den letzten $2^2/_3$ Jahren ausgeführten 202 Laparotomien 177 mit 7 = 3.9% Todesfällen übrig; von den in den ersten 6 Jahren ausgeführten 206 Laparotomien 196 mit ebenfalls 7 = 3.6% Todesfällen, in Summa 373 Laparotomien mit 17 Todesfällen = 3.4% Mortalität. „Jedenfalls verlief von den normalen Cystostomien, die bei frühzeitiger Behandlung der Gallensteinkrankheit angewendet wurde, keine einzige lethal, und man kann mit Recht sagen, dass die einzeitige Cystostomie ungefährlich ist, und die Mortalität der Cystektomie nicht mehr als 3%, die der Choledochotomie nicht mehr als 10% beträgt. So drängt alles darauf hinaus, den operativen Eingriff bei der Cholelithiasis nicht allzu lange hinauszuschieben, sondern bei Zeiten und frühzeitig an eine operative Behandlung zu denken, so lange der pathologische Process noch nicht so weit um sich gegriffen hat.“

Die Arbeit eignet sich im Uebrigen nicht zu einem kurzen Referate; sie muss genau durchstudirt werden. P. Wagner (Leipzig).

105. **Die Radikaloperation der recidivirenden Perityphlitis**; von Alexander Stratmann. (Inaug.-Diss. Greifswald 1898.)

Str. veröffentlicht 11 Fälle von Radikaloperation bei recidivirender Perityphlitis aus der Klinik Helferich's. 10 Kranke wurden völlig geheilt (1 gestorben an Peritonitis). Die Operation wurde stets nach mehrfachen Recidiven im freien Intervall ausgeführt. An pathologisch-anatomischen Veränderungen am Wurmfortsatze wurden 5mal nur ein chronisch entzündlicher Zustand mit derben Verwachsungen, 3mal Perforationen, 2mal Kothsteine vorgefunden. Bezüglich der operativen Technik ist zu erwähnen, dass Helferich zur Erzielung einer möglichst idealen Wiedervereinigung der Bauchwunde die einzelnen Muskellagen entsprechend ihrer Faserung durchtrennt und die Drainage des Operationfeldes nach Schichtnaht der Bauchwunde durch eine besonders über dem Poupart'schen Bande angelegte Oeffnung mit Jodoformgaze vornimmt. F. Krumm (Karlsruhe).

106. **Ueber die Eröffnung der im kleinen Becken (Douglas) sich bildenden perityphlitischen Abscesse durch den parasacralen Schnitt**; von Dr. C. Koch. (Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 1. 1899.)

Auf Grund eigener Erfahrungen hält es K. für das einzig Richtige, im Douglas'schen Raume sich entwickelnde perityphlitische Abscesse durch den parasacralen Schnitt freizulegen und dann zu eröffnen. Die Operation wird in Steinschnittlage mit Beckenhochlagerung ausgeführt; ihre Technik ist ungefähr die gleiche, wie die der Operation hochgelegener Mastdarmcarcinome, nur dass man selbstverständlich den Mastdarm nicht allseitig loszulösen braucht.

K. ist in dieser Weise 3mal vorgegangen, jedesmal mit dem besten Erfolge. Die Heilung der grossen Wunde erfordert freilich geraume Zeit.

P. Wagner (Leipzig).

107. **Ueber die Eröffnung der Bauchhöhle vom kleinen Becken her**; von Dr. A. Stieda. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 370. 1899.)

Eines grossen und berechtigten Ansehens erfreut sich in den letzten Jahren die *Eröffnung der Bauchhöhle von unten her* bei gynäkologischen Eingriffen. Vor der Coeliotomia vaginalis anterior hat die hintere Colpotomie vom rein technischen Standpunkte aus den Vorzug der leichteren Ausführbarkeit. Ausser zu gynäkologischen Eingriffen eignet sich die *Colpotomia posterior* in hervorragender Weise auch *zur Entleerung von freier Flüssigkeit aus der Bauchhöhle,* so bei tuberkulöser Peritonitis, bei den verschiedenen Formen des Ascites u. s. w.

Es lag nun nahe, die *Möglichkeit und eventuelle Zweckmässigkeit analoger Eingriffe bei Männern* zu überlegen. Nach Versuchen, die St. an Leichen vorgenommen hat, kommen zur Eröffnung der Bauchhöhle vom kleinen Becken her beim Manne der Hauptsache nach 3 Wege in Betracht: 1) die Eröffnung des Douglas'schen Raumes zwischen Blase und Rectum vom Damme her (*Laparotomia perinaealis*); 2) die Eröffnung der Peritonäalhöhle vom Cavum ischio-rectale her (*Laparotomia ischiorectalis*); 3) das Eindringen in die Bauchhöhle vom Kreuzbeine her (*Laparotomia sacralis*).

Beim *Manne* kommen für die *Laparotomie von unten her* in Betracht: 1) das freie intraperitonäale Transsudat; 2) das freie, sowie das circumscripte, in den Douglas'schen Raum herabreichende tuberkulöse Peritonäalexsudat; 3) der in den Douglas'schen Raum herabreichende Intraperitonäalabscess; 4) die diffuse eiterige Peritonitis.

Am meisten erscheint beim Manne die Eröffnung vom kleinen Becken her für die *circumscripten, in den Douglas'schen Raum herabreichenden eiterigen Exsudate* indicirt, die ja fast ausnahmelos einer Perforation des Proc. vermiformis ihre Entstehung verdanken und die Peritonäalblase manchmal tief nach unten vorwölben. Das einfachste Verfahren ist in diesen Fällen die *perinäale Incision.* 2 Fälle von jauchigem intraperitonäalen Beckenexsudat, in denen v. Eiselsberg auf diese Weise mit Erfolg operirte, werden von St. kurz mitgetheilt. Die *perinäale Incision* ist einfacher als der von Koch für solche Abscesse empfohlene *parasacrale Schnitt.*

P. Wagner (Leipzig).

108. **Zur operativen Behandlung des reponiblen Mastdarmvorfalles**; von Dr. C. Francke. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 1 u. 2. p. 165. 1899.)

Wenn wir aus der spärlichen Literatur des letzten Jahrzehntes über die *operative Behandlung des Mastdarmvorfalles* einen Schluss ziehen dürfen, so scheinen die *Resektion* und die Thiersch'sche Methode in Deutschland fast ausschliesslich in Anwendung zu kommen. Eine wesentlich andere Methode wurde 1889 von Verneuil unter dem Namen *Rectopexie,* bez. *Rectococcypexie* angegeben und ausser Anderen von Gérard-Marchant modificirt und ausgeübt. Sie erstrebt ausser einer Verengerung der Sphinkterenpartie eine Fixation des Rectum an die hintere Beckenwand. König hat dieses Verfahren bei 6 Kranken in folgender Weise abgeändert.

Längsschnitt $1^1/_2$ cm von der Analöffnung beginnend und dicht oberhalb der Steisskreuzbeinverbindung endigend. Freilegung der hinteren Rectalwand; Reposition des Prolapses durch den in den Anus geführten Finger des Assistenten. Nun Anlegung von Nähten, die den Mastdarm gegen die hintere Beckenwand fixiren und zugleich nach oben ziehen sollen: jederseits eine Naht durch die hintere Rectalwand, von unten nach oben, die Serosa und Muskularis 2—5 cm weit fassend; im oberen Wundwinkel wird das Kreuzbein durchbohrt. Medianwärts von der 1. noch eine 2. und gegebenen Falles 3. Naht. Durch Zuschnüren der Nähte wird die Darmwand gerafft und gegen den Knochen fixirt. Darauf vollständige, sehr genaue Hautnaht. Bei erheblicher Ausdehnung des Afters wird noch ein keilförmiges Stück aus der seitlichen Umrandung mit Einschluss der Muskulatur excidirt.

Die von König Operirten standen im Alter von 1—63 Jahren. Der *Verlauf* war in 5 Fällen tadellos; nur in einem Falle vereiterte die Wunde, und zwar in dem einzigen Falle, in dem Drainage angewandt wurde. Die *direkten Operationresultate* waren in allen 6 Fällen gut; über die Dauerresultate liefen von 4 Kranken Nachrichten ein: 2mal dauernde Heilung, 2mal Recidiv.

Die *Indikation zur Rectopexie* findet in der Grösse des Prolapses eine gewisse Grenze. Der Vorfall darf bei Kindern eine Länge von 8—10 cm, bei Erwachsenen von 10—12 cm nicht überschreiten, da die anatomischen Verhältnisse eine höher hinauf reichende Befestigung nicht zulassen. Für alle irreponiblen oder besonders schweren Vorfälle kommt nur die *Resektion,* am besten nach der Methode von Mikulicz in Betracht.

P. Wagner (Leipzig).

109. **Die Excision der Hämorrhoiden**; von Dr. G. Reinbach. (Beitr. z. klin. Chir. XXIII. 3. p. 561. 1899.)

R. versucht den Beweis zu erbringen, dass die Methode der *Excision der Hämorrhoiden,* so wie sie heute in der Mikulicz'schen Klinik geübt wird, als dasjenige Verfahren anzusehen ist, das nach dem gegenwärtigen Stande der operativen Chir-

urgie für die Mehrzahl der operativ zu behandelnden Kranken am meisten zu empfehlen ist. Nur dann, wenn Ulcerationen der Haut oder Schleimhaut, Abscedirungen, ferner entzündliche Veränderungen der Knoten in Form von Phlebitis, Thrombophlebitis vorliegen, wird das alte Langenbeck'sche Verfahren angewendet, aber, wenn angängig, erst nach Nachlass der akut entzündlichen Erscheinungen. Die Vorzüge der *Excision* (die von Mikulicz geübte Technik muss in der Originalarbeit nachgelesen werden) sind folgende: Das Verfahren führt zu einer primären Wundheilung; es ist am radikalsten und trotzdem nicht eingreifender als die übrigen Methoden; es ist einfach und technisch leicht ausführbar; es führt nie zu Strikturenbildung.

In der Mikulicz'schen Klinik sind bisher *92 Hämorrhoidarier mit Excision* behandelt worden. Die unmittelbaren Erfolge der Operation waren ausnahmelos gut; alle Kranken wurden innerhalb 10—20 Tagen geheilt entlassen. Ebenso günstig wie die unmittelbaren Operationresultate sind die Dauerresultate. P. Wagner (Leipzig).

110. Zur Statistik der Spondylitis; von Dr. O. Vulpius. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 2. p. 268. 1899.)

Die *Häufigkeit der Spondylitis,* am klinischen Materiale berechnet, beträgt 0.44%; der Procentsatz der Spondylitisfrequenz im Secirsale ist 1.47%. Die Spondylitis stellt eine relativ häufige Lokalisation der Knochentuberkulose dar; etwa 1/5 aller Knochentuberkulosen lokalisirt sich an der Wirbelsäule. Das *1. Jahrzehnt* bildet die Hauptdomäne der Spondylitis, und zwar zeichnen sich namentlich die ersten 5 Lebensjahre durch ein ganz besonders gehäuftes Auftreten der Krankheit aus. Das *männliche Geschlecht* überwiegt um ein Geringes. Die untere Hälfte der Brustwirbelsäule erweist sich als *Lieblingssitz der Spondylitis.* Unter den *Complikationen der Spondylitis* ist die häufigste die *Abscessbildung* (24.5%). Eine weitere wichtige Complikation der Spondylitis ist durch *Erkrankung des Rückenmarkes* gegeben, die sich in schlaffer oder spastischer Lähmung, in Paralyse oder Parese äussern kann. In dieser Hinsicht ist die Spondylitis der Halswirbelsäule als die gefährlichste Form zu betrachten. Ueber die *Prognose der Spondylitis und ihrer Complikationen* weichen die Statistiken ganz ausserordentlich von einander ab. Das Alter der Kranken übt einen grossen Einfluss auf den Verlauf des Leidens aus, das bei Kindern im 1. und 2. Lebensjahre, wie bei Personen jenseits des 3. Jahrzehnts für besonders gefährlich gilt, wenn auch Ausnahmen von dieser Regel vorkommen. Des Weiteren spielen hereditäre Belastung, Complikation mit anderweitiger Tuberkulose, namentlich aber die socialen Verhältnisse eine wichtige Rolle. Von grösstem Einflusse auf die Mortalitätziffer einer Statistik ist die Dauer der Beobachtung. Günstige Resultate erhält derjenige, der mit dem Austritte aus dem Krankenhause oder aus der Behandlung sich ein Urtheil bildet. Enttäuschung wird dem nicht erspart bleiben, der sich später nach den „geheilt Entlassenen" wieder erkundigt.

Von 41 Geheilten der Vulpius'schen Statistik sind anscheinend völlig gesund 9 seit mehr als 3 Jahren, 17 seit 2—3 Jahren, 11 seit 1—2 Jahren, 4 weniger als 1 Jahr. Dass die Abscedirung die Prognose verschlechtert, dass das Gleiche in erhöhtem Maasse für die Lähmungen gilt, bedarf keines Beweises. P. Wagner (Leipzig).

111. Zur Aetiologie der congenitalen Hüftluxation, nebst Bemerkungen über die unblutige Behandlung derselben nach Paci-Lorenz; von Dr. G. Drehmann. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 13. 1899.)

Für die meisten Fälle von *congenitaler Hüftluxation* bietet die mechanische Theorie im Sinne von Lorenz (chronisch-traumatischer Process im intra-uterinen Leben) wohl die beste Erklärung; auch die Heredität lässt sich durch eine ererbte Haltung des Foetus mit stark flektirten Hüftgelenken oder stärkerer Inflexion des Oberkörpers erklären. Trotzdem liegt die Annahme nahe, dass *nicht alle Luxationen dieselbe Aetiologie* haben. „Dadurch lassen sich auch ungezwungen die verschiedenen Erfahrungen erklären, welche in der Behandlung des Leidens besonders mit den unblutigen Methoden gemacht wurden. Es kann ja für den Erfolg nicht gleichgültig sein, ob die Luxation in einer relativ frühen fötalen Periode sich entwickelt hat, oder ob sie in den letzten Monaten oder Wochen des intra-uterinen Lebens oder gar erst intra partum entstanden ist."

Die Zahl der in der Mikulicz'schen Klinik längere Zeit behandelten congenitalen Hüftluxationen beläuft sich auf 104 (88 W., 16 M.); darunter waren 78 einseitige, 26 doppelte Luxationen.

Mit dem Mikulicz'schen *Lagerungapparate* wurden 49 Kranke behandelt, von denen später 3 unblutig, 2 blutig eingerenkt wurden. Im Allgemeinen wurde mit dem Lagerungapparate die Erfahrung gemacht, dass der Gang in allen Fällen gebessert wurde; meist fand der Kopf in der Nähe der Pfanne eine gute Stütze, vor Allem wurde die Lordose bei doppelseitigen Luxationen stets beseitigt. Oefters kam es wieder zu Reluxation nach hinten. Das Verfahren wird von Mikulicz nur noch bei ganz jungen Kindern unter 2 Jahren durchgeführt. Bei 25 Kranken wurde *blutig eingerenkt;* das Endresultat war im Ganzen gut.

Die *unblutige Einrenkung* nach Paci-Lorenz wurde bei 43 Kranken versucht; bei 11 Kranken gelang die Reposition nicht. In 19 Fällen blieb der Kopf in der Pfanne; 8 von diesen Kranken gehen schon längere Zeit (2 Jahre bis 1/4 Jahr) ohne Verband.

In sämmtlichen Fällen wurde der Erfolg durch Röntgenbilder controlirt; diese zeigten in einigen Fällen eine deutliche Zunahme der Pfanne.

P. Wagner (Leipzig).

112. **Beitrag zur unblutigen Behandlung der congenitalen Hüftverrenkungen**; von H. Petersen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. L. 5 u. 6. p. 534. 1899.)

In eingehender, klarer Darstellung berichtet P. über die Erfolge, die mit der von Schede geübten *unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxationen* in der Bonner chirurg. Klinik während einer 2¹/₂jähr. Arbeitperiode erreicht worden sind. Er giebt zunächst eine genaue Beschreibung der Schede'schen Repositionmethode, die sich im Gegensatze zu den Circumduktionmethoden von Paci und Lorenz als eine *Extensionmethode mit hebelndem Drucke* darstellt. Gleich den Extensionmethoden bei den traumatischen Luxationen hat die Extension nicht nur den Werth der vorbereitenden Dehnung, sondern sie ist im Verein mit einem direkten Drucke auf den Gelenkkörper ein wesentlicher Faktor der Reposition selbst. Das Material von 124 Fällen umfasst alle Altersstufen vom vollendeten 1. bis über das 15. Lebensjahr hinaus (12 K., 112 M.); 67 waren einseitige, 57 doppelseitige Luxationen. Von 113 Behandelten sind 6 als *geheilt* zu bezeichnen. Von diesen 6 sind 5 mit Normalstellung, 1 mit subspinöser Stellung des Kopfes so gut daran, dass sie seit kürzerer oder längerer Zeit ohne jeden Verband sind. In 23 Fällen lassen sich die Schenkelköpfe ohne besondere Schwierigkeiten, vor Allem ohne erneute Narkosereposition wegen Reluxation, am Pfannenorte oder unmittelbar daneben halten. In 26 Fällen ist die Hoffnung, eine Fixation am Pfannenorte oder in Pfannennähe zu erreichen, noch nicht aufgegeben, obwohl ein- oder mehrmals ein Abrutschen des Kopfes in subspinöse Stellung und sogar Reluxation stattgefunden hat. Die letzte Gruppe von 59 Fällen umfasst die primären und sekundären Transpositionen sub spinam.

P. Wagner (Leipzig).

113. **Ueber die bei Tuberkulose des Kniegelenkes zu beobachtenden Wachsthumsveränderungen am Femur**; von Dr. F. Pels Leusden. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 256. 1899.)

L. hat in der Braun'schen Klinik Untersuchungen angestellt über die *Wachsthumverhältnisse am Femur bei Tuberkulose des Kniegelenkes.* Die Untersuchungergebnisse waren folgende: 1) Zur Constatirung der Grössenverhältnisse von Skelettheilen, die von mehr oder weniger dicken Weichtheilmassen bedeckt sind, ist eine Aufnahme mittels Röntgenstrahlen das am sichersten zum Ziele führende Hülfsmittel. 2) Bei chronischer, im Alter des Wachsthum auftretender tuberkulöser Kniegelenksentzündung ist, solange das Leiden sich noch in Blüthe befindet, die Verkürzung des Femur der erkrankten Seite ein seltenes, die Verlängerung dagegen ein sehr häufiges Vorkommniss. 3) Ob diese Verlängerung später, wie es von manchen Autoren angenommen wird (Dollinger), einer Wachsthumverminderung Platz macht, ist zweifelhaft, jedenfalls tritt letztere nicht immer ein. 4) Die Verlängerung betrifft vorzugsweise den Femurschaft und ist in der Hauptsache bedingt durch ein vermehrtes Wachsthum von der unteren Femurepiphyse aus. 5) Die Ursache der Verlängerung ist mit grosser Wahrscheinlichkeit in einem von dem erkrankten Gelenke aus auf die Epiphysenlinie wirkenden, vermehrten Wachsthumreiz zu suchen.

P. Wagner (Leipzig).

114. **Ueber Amputationsstümpfe**; von Dr. Hildebrandt. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 1 u. 2. p. 121. 1899.)

An den gewöhnlichen Amputationstümpfen kommt es zu atrophischen Veränderungen der Weichtheile und Knochen, die als funktionelle zu bezeichnen sind; denn sie kommen nur da vor, wo der Stumpf nicht direkt das Körpergewicht trägt. In letzter Zeit ist es nun Bier gelungen, an jeder beliebigen Stelle der Beine einen direkt tragfähigen Stumpf zu erzielen. Eine Anzahl von solchen Bier'schen Amputationstümpfen hat H. mittels Röntgenstrahlen untersucht und dabei keine Atrophie gefunden. Es beweist dies jedenfalls die Richtigkeit des Satzes, dass dort, wo keine Abschwächung der Funktion eintritt, auch keine Atrophie vorhanden ist. H. konnte auch je 2 von Leichen gewonnene Pirogoff'sche und Bier'sche Stümpfe genau prüfen und nachweisen, dass atrophische Vorgänge nicht vorhanden waren. Die Knochenfasern liessen in ihrem Verlaufe zweifellos eine Anpassung an die neuen statischen Verhältnisse erkennen.

So interessant und wichtig auch die Thatsache ist, dass tragfähige Stümpfe keinen atrophischen Veränderungen unterworfen sind, so ist es doch dieser Umstand keineswegs allein, der den Hauptvortheil des tragfähigen Stumpfes für die praktische Verwendbarkeit darstellt. Sein Vorzug besteht vielmehr darin, dass er gestattet, den Druck auf das durch eine Knochenplatte verschlossene Stumpfende zu verlegen, und somit die feste, sichere Anlegung einer verhältnissmässig einfach construirten Prothese ermöglicht.

Weitere Einzelheiten über die Tragfähigkeit der Epiphysen- und Diaphysenstümpfe sind in der Originalarbeit nachzulesen.

P. Wagner (Leipzig).

115. **Demodex s. Acarus folliculorum und seine Beziehung zur Lidrandentzündung**; von Dr. K. Joers in Giessen. (Deutsche med. Wochenschr. XXV. 14. 1899.)

Als Rählmann vor kurzer Zeit in der Deutschen med. Wchnschr. XXIV. 50. 51. 1898 in

einer grösseren Abhandlung mittheilte, dass er bei sehr vielen Leuten mit Bindehautkatarrh und Trachom an den Cilienhaarbälgen die Demodex-Milbe gefunden habe, dass dieser Befund fast ein regelmässiger, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle wiederkehrender war, waren sicher die meisten Augenärzte sehr überrascht. Handelte es sich doch um Krankheiten der Bindehaut, die häufig vorkommen und gerade in den letzten Jahren in jeder Hinsicht sorgfältig untersucht worden waren. Rählmann stellte nach einigen Symptomen, die dabei am Lidrande häufiger vorkommen, das Bild einer Blepharitis acarica auf.

Nun kommt J. mit der noch überraschenderen Mittheilung, dass er in der Universität-Augenklinik in Giessen beim Suchen nach Demodex diese Milbe in entzündeten und in normalen Lidrändern fast regelmässig (in 64% aller untersuchten Fälle) gefunden habe; ja in normalen Lidern war sie häufiger als in kranken. Es wurden wiederholt die Milben vergeblich in dem kranken Lide eines Menschen gesucht, dessen anderes gesundes Lid deren mehrere, öfter bis zu 5 und 6 Milben an einem Haarbalge enthielt. Ein Zusammenhang von Demodex mit irgend einer Form von Bindehaut- oder Lid-erkrankung ist daher nicht anzunehmen.

Lamhofer (Leipzig).

116. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Thränensackerkrankungen**; von Dr. E. Hertel in Jena. (Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 21. 1899.)

In den letzten 6 Jahren wurde in der Universität-Augenklinik in Jena an 43 Personen (28 weiblichen, 15 männlichen) 52mal die Thränensack-Exstirpation nach der von Gräfe und Schreiber angegebenen Methode gemacht. 5mal wurde sie bei Kindern von 8—14 Jahren vorgenommen. Meist bestand chronische Thränensackeiterung, seltener Ektasie, 3mal Tuberkulose; einige Male wurde zur Verhütung der Infektion von Operationwunden am Augapfel der Thränensack entfernt. Es wurde fast immer aseptisch, ohne Verwendung von Desinficientien, operirt und nach der Operation wurde ein ganz fest anschliessender Verband angelegt. Die Suturen wurden nach 3—5 Tagen entfernt. Die Heilung erfolgte in 2—3 Wochen; es blieb nur geringes Thränenträufeln zurück. Bei den tuberkulös erkrankten Thränensäcken wurde alles Granulationengewebe mit dem scharfen Löffel entfernt.

Bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung der Thränensäcke fand H. starke Infiltration der Wandung, Deformation des Epithels und Follikelbildung; bei den einfach katarrhalisch erkrankten Thränensäcken waren alle Erscheinungen gleich denen bei der chronischen Eiterung, nur durchweg geringeren Grades. Bei der Thränensack-Ektasie, der cystischen Degeneration des Thränensackes, traten die Erscheinungen der Atrophie an die Stelle der einer Entzündung.

Kuhnt beschrieb Trachomfollikel als sehr häufig in den Thränensäcken. H. fand, dass Follikel im Thränensacke genau wie in der Bindehaut von Kindern und Erwachsenen auch unter normalen Verhältnissen vorkommen, und dass sie eben in grösserer Anzahl dann auftreten, wenn die Schleimhaut des Thränensackes durch Eiter u. s. w. gereizt wird. Echte Drüsen konnte H. weder in den gesunden, noch in den erkrankten Thränensäcken nachweisen. In den tuberkulös erkrankten Thränensäcken konnten keine Bacillen gefunden werden. In einem einzigen Thränensacke war ein gestielter Polyp.

Klinisch wichtig sind noch H.'s Befunde an den Thränensäcken, je nachdem Sondirungen vorgenommen worden waren oder nicht. Abschürfungen des Epithels in verschieden starker Ausdehnung bis zur Zertrümmerung des Gewebes warnen vor zu energischer Sondenbehandlung. Wo längere Zeit eine Dauersonde getragen worden war, war es nach der Entfernung der Sonde, da das Epithel nunmehr ganz fehlte, schliesslich statt zu einer dauernden Offenhaltung, zu einer dauernden Verödung des Kanales gekommen.

Lamhofer (Leipzig).

117. **Sur le dacryops**; par le Dr. Rogman. (Belg. méd. VI. 21. p. 641. Mai 25. 1899.)

Die Zahl der Fälle von Dakryops, die seit der ersten genaueren Beschreibung durch Adam Schmidt 1803 in der Literatur bekannt geworden sind, beträgt kaum 20. R. führt sie alle auf. Er selbst beobachtete diese cystische Erweiterung der Ausführunggänge der Thränendrüse 2mal, entfernte die Thränendrüse und giebt nun eine genaue Beschreibung der Cystenwandung, die mit früher bekannten Darstellungen übereinstimmt. Eine bestimmte Ursache für die Bildung einer Cyste glaubt er nur bei der einen Kranken gefunden zu haben, bei der der Ausführunggang so schräg verlief, dass er schon durch den geringsten Druck ventilartig geschlossen werden konnte.

Lamhofer (Leipzig).

118. **Un cas de tuberculose primitive de la peau palpébrale et du sac lacrymal**; par le Dr. Strzeminski, Wilna. (Extrait du Recueil d'Ophthalm. Avril 1899.)

St. fand bei einem 67jähr. Arzte auf dem linken oberen Lide und in der Thränensackgegend viele, theils oberflächlichere, theils bis auf das Periost gehende Geschwüre, die nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten nur als primäre tuberkulöse Geschwüre von St. und anderen beobachtenden Aerzten diagnosticirt werden konnten. Die Geschwüre hatte der sonst ganz gesunde, einer gesunden Familie angehörende Kr. seit einigen Wochen bemerkt. Es war auch zu einem Ektropium des unteren Lides gekommen. Der Kr. verweigerte jeden operativen Eingriff, machte längere Zeit nur Sublimatumschläge. Als ihn St. nach etwa Jahresfrist wiedersah, waren alle Geschwüre mit feinen Narben und nur einzelnen tieferen Einziehungen der Haut geheilt; das Ektropium war verschwunden. Nur bestand an den früheren Geschwürstellen Anästhesie, ebenso in der

Hornhaut. St. macht auf die ungemein grosse Seltenheit primärer Hauttuberkulose am oberen Lide und dem Thränensacke aufmerksam und giebt hierfür kurze Belege aus der Literatur. Lamhofer (Leipzig).

119. **Eine Epidemie von akutem contagiösen Bindehautkatarrh**; von Regimentsarzt Dr. J. Kast in Czernowitz. (Centr.-Bl. f. Bakteriol., Parasitenkde. u. Infektionskrankh. XXV. 13. p. 458. 1899.)

Unter 900 zu einer 8wöchigen Uebung eingezogenen Reservisten, deren Augen gleich am 1. Tage und bei späteren Untersuchungen als ganz gesund befunden wurden, brach in der 4. Woche plötzlich eine contagiöse Augenentzündung aus, die sich ungemein rasch von Compagnie zu Compagnie, dann auch auf die aktive Mannschaft und auf das Regiment einer benachbarten Kaserne ausbreitete, obwohl alle möglichen Vorsichtmaassregeln ergriffen wurden. Es erkrankten mehrere hundert Soldaten. Die Krankheit fing mit Brennen und Jucken der Augen an, es traten Röthung, Schwellung, Chemosis der Bindehaut, Eiterung ein. Fast stets wurden beide Augen ergriffen. Bei 10% der Erkrankten boten die Augen das Bild einer schweren Ophthalmo-Blennorrhöe dar. Nach 8 bis 14 Tagen trat unter Argentum- und Zinkbehandlung Heilung ein. Niemals zeigte die sammtartig aussehende geschwollene Bindehaut stärkere Follikel, worauf in jener Trachomgegend besonders ängstlich geachtet wurde. Es war vielmehr das Bild, wie es schon öfter als Conjunctivitis in Folge von Infektion mit dem Koch-Weeks'schen Bacillus beschrieben worden ist. Bei keinem Erkrankten wurde die Hornhaut ergriffen. Es erkrankten nur die Soldaten, keine Unterofficiere; zu gleicher Zeit in der Stadt nur arme Leute. [In trachomfreien Gegenden, würde eine derartige Epidemie bisher sicher als „ägyptische Augenentzündung“ angesehen worden sein. Ref.]

Lamhofer (Leipzig).

120. **Keratomalacie bei Bindehautxerose**; von Dr. Elschnig in Wien. (Wien. med. Wochenschr. XLIX. 18. p. 842. 1899.)

v. Gräfe hat zuerst auf die Keratomalacie bei kleinen Kindern aufmerksam gemacht (1866) und die Erkrankung als Folge von infantiler Encephalitis angesehen; später wurde die Krankheit dem Einflusse des Xerosisbacillus zugeschrieben, wobei die Ernährungstörung des Organismus nur als ein begünstigendes Moment, aber nicht als wesentliche Bedingung für die Entwickelung der Xerosis betrachtet wurde. E. stellt sich auf den entgegengesetzten Standpunkt. Durch die Kachexie, die bei allen diesen meist ganz jungen Kranken besteht, durch die mangelhafte Ernährung der Hornhaut, die Verminderung der Bindehautabsonderung, die Trägheit des Lidschlags u. s. w. werden die wahrscheinlich immer im Bindehautsacke befindlichen Xerosebacillen Gelegenheit zu grosser Vermehrung erlangen und mit zur Vertrocknung und fettigen Degeneration des Hornhautepithels beitragen. Sind pathogene Mikroorganismen im Bindehautsacke, so wird der Zerfall der nekrotischen Hornhaut um so schneller vor sich gehen.

Zum Beweise für seine Anschauung führt E. den Befund zweier an typischer Xerosis der Bindehaut erkrankter Augen einer 51jähr. Frau an, die an Carcinom des Ductus choledochus mit Ikterus und schwerster Kachexie erkrankt war und daran starb. Die Hornhäute beider Augen gingen nach einander mit Bildung tiefer Geschwüre zu Grunde. An dem rechten Auge, dessen Hornhaut verhältnissmässig weniger gelitten hatte, waren nur Xerosebacillen in grosser Menge zu finden; an dem linken Auge waren in den nekrotischen Theilen der Hornhaut, nicht aber in den eitrig infiltrirten Theilen, andere Bacillen und Kokken überwiegend. Bei der durch Infektion erzeugten, echten, eitrigen Hornhautentzündung, Ulcus serpens, haben die Bakterienhaufen aber gerade in den eitrigen Stellen ihren Hauptsitz.

Lamhofer (Leipzig).

121. **Quelle est la théorie, nerveuse ou obstructioniste, qui s'adapte le mieux aux observations cliniques du glaucome?** par L. de Wecker. (Ann. de Oculist. CXXI. 5. p. 321. Mai 1899.)

Die Abhandlung de W.'s bezieht sich hauptsächlich auf die im Archiv f. Ophthalmol. (XLIII. 3. p. 362) erschienene Abhandlung über das Glaukom von Prof. Laqueur. Wenn der Satz zu Rechte besteht, dass keine wissenschaftliche Theorie Anspruch auf Geltung hat, die mit den klinischen Thatsachen nicht übereinstimmt, so muss die sogen. „nervöse“ Theorie der „obstruktionistischen“ Theorie weichen. Noch Niemand hat bis jetzt durch Reizung der vasomotorischen oder der noch nicht anatomisch bewiesenen Sekretionnerven oder des Sympathicus jenen Zustand hervorgerufen, den wir unter Glaukom verstehen, und noch Niemand hat durch Resektion des Trigeminus oder Sympathicus ein Glaukom zu heilen vermocht. Schlagenden Beweis bietet dagegen folgende von de W. beobachtete Erscheinung an einem Auge, dessen Linse in die vordere Kammer glitt, wenn der Pat. den Kopf nach vorn beugte. Sobald die Linse am Boden der vorderen Kammer war, traten plötzlich alle die bekannten Erscheinungen eines akuten Glaukoms ein, sie blieben aber aus, wenn die Linse nur bis zum Rande der Iris, auf diesem aufliegend und die Iris so sicher stark reizend, vordrang. Das Glaukom ist nur ein Symptom (Syndrom); es hat durchaus nichts mit Entzündung zu thun und der Ausdruck Glaucoma inflammatorium sollte durch Glaucoma irritativum ersetzt werden. Das Glaukom entsteht, wenn bei normaler intraocularer Sekretion Hindernisse in den Abflusswegen vorhanden sind (chronisches, nicht irritatives Glaukom), oder wenn bei normalen Abflusswegen aus irgend einem Grunde eine Hypersekretion eintritt, der gegenüber die Abfuhr mit der Zufuhr von Flüssigkeit nicht mehr im Gleichgewichte bleibt und bei vermehrtem Drucke ein

mehr oder minder akuter glaukomatöser Zustand sich ausbildet, oder, und zwar dürfte dies die häufigste Ursache sein und zugleich die, die erbliche und Rassenanlage erklärt, wenn die Abflusswege Veränderungen zeigen, die zur Verstopfung geneigt machen, so dass schon der normale Zufluss nur mit Mühe aufgenommen wird, der geringste erhöhte Zufluss aber Verschluss und Spannungerhöhung bewirkt (chronisches irritatives Glaukom).

Sei dem, wie nur immer, stelle man sich auf Seite der einen oder anderen Theorie, jedenfalls müssen Alle anerkennen, dass die therapeutischen Maassnahmen, ob medikamentös oder operativ, dahin zielen müssen, wenigstens einen Theil der aufgehobenen Filtration wieder herzustellen.

Wird eine Iridektomie gemacht, so nützt sie nur dann, wenn der Hornhautschnitt möglichst peripherisch angelegt wird ohne Rücksicht darauf, wie viel oder wie wenig von der Iris selbst ausgeschnitten wird; eine einfache Durchschneidung der Iris, wie Abadie sie vorgeschlagen hat, nützt nichts. Lamhofer (Leipzig).

122. **Bemerkungen über die Natur des entzündlichen Glaukoms**; von Prof. L. Laqueur in Strassburg. (Arch. f. Ophthalmol. XLVII. 3. p. 630. 1899.)

L. legt kurz und klar seinen Standpunkt in der Beurtheilung des entzündlichen Glaukoms den verschiedenen noch herrschenden Theorien gegenüber dar. Das entzündliche Glaukom, das Männer und Frauen nach dem 40. Lebensjahre befällt, ist ausnahmelos bilateral. Die Mehrzahl der erkrankten Augen ist hypermetropisch. Hereditäre Verhältnisse sind selten von Einfluss. Die einzelnen Anfälle werden sehr häufig durch rein psychische Erregungen, wie Zorn, Schreck, Freude, Schmerz, hervorgerufen. Die Miotica können nur leichtere Anfälle vorübergehend aufheben; in der Zwischenzeit sind die Augen wieder ganz normal. Auch die Sklerotomie wirkt nur palliativ; vollständige und dauernde Heilung wird nur durch eine breite Iridektomie geschaffen.

Die wahre Ursache des Glaukoms muss extraocularer Natur sein; Rasseneigenthümlichkeit, hypermetropischer Bau, grössere Starrheit der Lederhaut prädisponiren nur. Wir werden auf das Nervensystem hingewiesen. Die Ursache liegt in einer einfachen, nicht entzündlichen vorübergehenden Hypersekretion des Ciliarkörpers. Wir müssen dazu besondere Nerven annehmen, die wie bei der Submaxillardrüse, so auch beim Ciliarkörper ausschliesslich und unabhängig von der Gefässerweiterung die Funktion haben, die Sekretion zu vermitteln: Die Annahmen von einer Lähmung der Vasoconstriktoren oder einer Lähmung der Vasodilatatoren genügen nicht zur Erklärung der Erscheinungen beim Glaukomanfalle. Dieser selbst kommt so zu Stande: Durch eine vom Centrum ausgehende stärkere Erregung der Sekretionnerven entsteht rasch eine Hypersekretion aus den Ciliarfortsätzen, dadurch Druckerhöhung in der hinteren Kammer und im Glaskörper, Vordrängung der Iris, Erhöhung des Druckes in der vorderen Kammer, Verlegung des Fontana'schen Raumes. Nun treten am Auge die bekannten Erscheinungen des akuten Glaukoms auf. Die Hypersekretion kann durch Schlaf u. dgl. aufhören, der Ueberschuss wieder durch den Fontana'schen Raum abgeführt werden und der Glaukomanfall vorübergehen. Bei stärkerem Anfalle findet kein Abfluss mehr statt, die Venae vorticosae und die Capillaren werden comprimirt. Jetzt kann nur durch eine breite Iridektomie ein Theil des Fontana'schen Raumes dauernd offen erhalten werden. Der Gegensatz zu dem geschilderten Bilde ist die durch Lähmung der Sekretionnerven bedingte essentielle Phthisis bulbi. Lamhofer (Leipzig).

123. **Traitement du glaucome par la résection du sympathique cervical**; par le Prof. Thomas Jonnesco, Boucarest. (Arch. des Sc. méd. III. 3 et 4. p. 153. Mai—Juillet.)

In jenen Fällen von nicht entzündlichem, chronischem Glaukom, in denen weder Iridektomie, noch Sklerotomie etwas nützt, kann nach J. durch Ausschneidung des Ganglion cervic. supr. sowohl Herabsetzung der Spannungerhöhung, als auch Wiederherstellung oder wenigstens doch Besserung des Sehvermögens erreicht werden. J. führt zum Beweise 8 Krankengeschichten an, darunter eine von gleichzeitigem Glaukom und Morbus Basedowii, welch' letzterer durch die Operation auch verschwand. Das Operationverfahren, das sehr kurz und leicht ist, wird von J. näher beschrieben. Lamhofer (Leipzig).

124. **Weitere Mittheilungen über mein Heilverfahren bei Netzhautablösung, gleichzeitig ein Bericht über 101 nach dieser Methode von mir operirte, an Netzhautablösung erkrankte Augen**; von Prof. R. Deutschmann in Hamburg. (Beitr. z. Augenhkde. XL. p. 1. 1899.)

D. hat im Jahre 1895 eine neue Operation an Augen mit Netzhautablösung angegeben und über 16 nach seiner Methode operirte Kranke berichtet. Während sonst neue Operationen schnell nachgeahmt werden, hat bis jetzt nur Jutrzenka in Graz über 12 nach D.'s Methode operirte Augen berichtet. Nach ihm sind die Erfolge nicht besser, als bei den bekannten alten Mitteln. Andere Kliniker haben sich ohne Nachprüfung auf einfache kritische Abweisung des Vorschlages beschränkt. D. hat trotzdem seine Operation weiter ausgeführt, sie verbessert; er veröffentlicht in der vorliegenden Monographie ausführlich die Krankengeschichten von 101 Operirten, schildert das ursprüngliche und das jetzt geübte Verfahren, die Nachbehandlung, die Erfolge und wendet sich gegen die Kritiker seiner ersten Arbeit.

Bei einer so wichtigen Operation, bei der es auf Uebung, Erfahrung und Beobachtung kleiner Maassregeln ankommt, ist zur Nachahmung selbstverständlich das genaue Studium von D.'s Vorschriften und der Krankengeschichten nothwendig. Im Wesentlichen operirt D. in folgender Weise: Er geht mit einem schmalen, zweischneidigen Messer möglichst peripherisch und unter Verschiebung der Bindehaut durch Sklera, Aderhaut und abgelöste Netzhaut und sticht an der gegenüberliegenden Stelle wieder aus. Beim Zurückziehen des Messers macht er einen kleinen Bogen, um an der Netzhaut haftende Glaskörperstränge zu durchtrennen. Ausserdem spritzt D. in den präretinalen Raum Glaskörperflüssigkeit, die aus dem Auge von Kaninchen entnommen und von ihm in besonderer, ganz einfacher Weise zur Injektion hergerichtet ist. Er hat auch eine mit einem scharfen Messer versehene Kanüle construiren lassen, um Durchschneidung und Einspritzung miteinander zu verbinden. Beides, Durchschneidung und Einspritzung, können und müssen unter Umständen öfter (bis 15mal ist angegeben) wiederholt werden. Nach der Operation werden einen Tag beide Augen und wird mehrere Tage nur das operirte Auge verbunden. Der eigentliche Zweck beider Operationen ist, die subretinale Flüssigkeit durch den Schnitt, der an mehreren Stellen die Netzhaut durchtrennt, abzulassen, durch den eingespritzten Kaninchen-Glaskörper die abgelöste und durch den Schnitt entspannte Netzhaut wieder anzudrücken, Strangbildungen zwischen Glaskörper und Netzhaut zu trennen, und durch den Reiz der Verwundung der Gewebe und durch die phlogogene Eigenschaft des eingespritzten Glaskörpers Entzündung und Verwachsung von Aderhaut und Netzhaut zu bewirken.

D. wendet sich besonders energisch gegen den Einwurf, dass er den Glaskörper zu sehr verletze. An der Stelle des Schnittes sei gar kein normales Glaskörpergerüste, sondern verflüssigter Glaskörper. Die Anheilung der Netzhaut erfolgt öfter schon nach einer Durchschneidung.

Von den 101 Operirten wurden 26 = 25.7% geheilt, 24 gebessert, 7 bekamen nach Besserung wieder Verschlechterung, 34 wurden nicht gebessert. 86 Augen waren kurzsichtig (1—2 D—23 D), 2 aphakisch, 7 hypermetropisch, 6 emmetropisch, 4 waren verletzt.

Augen mit frischer Ablösung, wo die Netzhaut noch prall gespannt ist, wo noch keine Senkung der Flüssigkeit stattgefunden hat, sind nicht zur Operation geeignet, auch nicht Augen mit Ablösung bei Tumoren und Orbitalabscessen; Ablösungen bei Retinitis albuminurica und specifischer Chorioiditis dann, wenn keine Spontanheilung erfolgt oder eine antiluetische Behandlung wirkunglos ist. Netzhautrisse, Herabsetzung des Augendruckes, peripherische ausgedehnte Abreissung der Netzhaut in der Aequatorgegend sind keine Contraindikationen. Das jugendliche Lebensalter giebt eine bessere Prognose; unter den 26 Geheilten waren nur 6 über 40 Jahre alt. Auch eine durch lange Zeit abgelöste Netzhaut kann wieder funktionfähig anheilen.

Es muss noch eigens hervorgehoben werden, dass D. sein Verfahren nicht als Allheilmittel betrachtet und dass er vor der Operation in frischen Fällen die bekannten Mittel, wie Ruhe, Schwitzkur, Kochsalzinjektionen, Jodnatriumlösung u. s. w. verordnet. Ja, er sagt direkt, dass er im Ganzen nur solche Augen operire, die er sonst für verloren halte. In diesem Sinne ist ein Erfolg von 25% Heilung allerdings wunderbar gross, und es ist nur zu wünschen, dass andere Augenärzte bei der Anwendung des Verfahrens von D. eben so glücklich sein mögen. Lamhofer (Leipzig).

125. **Die sogenannte Embolie der Arteria centralis retinae und ihrer Aeste**; von Dr. Max Reimar in Zürich. (Arch. f. Augenhkde. XXXVIII. 4. p. 291. 1899.)

Die Abhandlung ist eine sorgfältige kritische Uebersicht über die in der Literatur bekannten Fälle von Embolie der Arteria centralis retinae. Es werden die klinischen und anatomischen Befunde bei der Stromunterbrechung besprochen, für die drei Möglichkeiten vorhanden sind: die Embolie, die Thrombose und die Endarteriitis proliferans. Viele Erscheinungen der Krankheit, sowie des Prodromalstadium können bei strenger Kritik nicht durch die Annahme einer zwar immerhin möglichen Embolie oder Thrombose, wohl aber durch die einer Endarteriitis erklärt werden. Bei wirklicher Embolie und Thrombose müssen totale Erblindung und körniger Zerfall der Blutsäulen in den zugehörigen Retinagefässen vorhanden sein; nur dann kann, was oft übersehen wurde, von totaler Blutstromunterbrechung die Rede sein. R. führt noch mehrere Krankengeschichten aus seiner eigenen Praxis an und giebt dazu 3 Abbildungen des Augenhintergrundes. —

Unter dem Titel *„Ueber Retinitis haemorrhagica in Folge von Endarteriitis proliferans mit mikroskopischer Untersuchung eines Falles“* giebt R. im 3. Hefte des Arch. f. Augenhkde. (XXXVIII. 1899) den genauen pathologisch-anatomischen Befund eines enucleirten Auges, bei dem ophthalmoskopisch die Diagnose auf Thrombosis venae centralis gestellt worden war, bei der mikroskopischen Untersuchung aber kein Thrombus, sondern eine Endarteriitis proliferans der Centralarterie gefunden wurde. Auch diese Abhandlung enthält eine ausführliche kritische Literaturbesprechung.

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

126. **Untersuchungen über das Tropon**; von Dr. Rudolf Kunz und Dr. Igo Kaup. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 19. 1899.)

Das Tropon ist im hygieinischen Universität-Institut zu Wien eingehend untersucht und geprüft worden und hat sich vollkommen bewährt. Die Vff. bestätigen, dass die Tropone zu 84—88% Eiweiss enthalten, dass sie nach der neuesten Herstellung weder im Geruch, noch im Geschmack etwas Unangenehmes haben, dass sie sich gut halten und dass sie auch in grossen Mengen genommen unschädlich sind. Die Ausnützbarkeit der animalischen und der gemischten Tropone kommt der des Eiweisses in Mehlspeisen und Broten gleich, bei den pflanzlichen Troponen ist sie noch besser und erreicht die des Eiweisses in der Milch. Das Einzige, was der allgemeinen Anwendung des Tropons für Oesterreich noch im Wege steht, ist der durch Zoll und Spesen zu sehr in die Höhe getriebene Preis; für Deutschland fällt dieses Hinderniss fort. Dippe.

127. **Ueber ein einfaches Verfahren der Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd**; von Prof. W. Prausnitz. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 1. 1899.)

Pr. empfiehlt, Formol mit heissem Wasserdampf zu versprayen, er macht Angaben, nach denen jeder einigermaassen geschickte Mechaniker einen dazu geeigneten Apparat aus einem Papin'-schen Topf herstellen kann; die Apparate sollen auch von einer Wiener Firma verfertigt werden. Bei zahlreichen Versuchen erhielt er gute Resultate; eine ausreichende Desinfektion wurde auch erzielt, wenn die Objekte, in Filtrirpapier eingewickelt, in die Taschen dicker Kleider gesteckt worden waren. Zur Tödtung pathogener Mikroorganismen, nicht von Sporen, reicht es aus, wenn 7—8 ccm Formol und etwa 40 ccm Wasser auf 1 cbm Raum vertheilt werden. Gegenüber den bisherigen Verfahren tritt eine Kostenreduktion ein. So berechnet Pr., abgesehen von der Anschaffung der Apparate, die Kosten für die Desinfektionmittel, die für einen grossen Raum genügten, nach seinem Verfahren auf 2 Mk., bei Benutzung der Lingner'schen Apparate dagegen auf 24 Mk. und nach Schering auf 23 Mk. 20 Pf. Woltemas (Diepholz).

128. **Ueber Verunreinigung und Selbstreinigung der Flüsse**; von Prof. W. Kruse. (Centr.-Bl. f. allgem. Geshpfl. XVIII. 1 u. 2. p. 16. 1899.)

Bei der Einleitung von Schmutzwässern in Flüsse sedimentiren die Schwebestoffe, besonders bei langsamer Strömung. Der Nutzen dieses Processes ist zweifelhaft; zwar wird das Wasser klarer, es kommt aber zu Schlammablagerungen, die sehr belästigend werden können. Die Veränderungen, die der Gasgehalt des Flusses durch Beimischung von Kanalwässern erfährt, sind von geringer Bedeutung. Die gelösten organischen und anorganischen Stoffe werden durch die „Selbstreinigung“ nur in sehr geringem Maasse vermindert, die Analysen, die das Gegentheil beweisen sollen, leiden an methodischen Fehlern. Eine besonders wichtige Rolle soll der Selbstreinigung gegenüber den Bakterien zukommen, indessen sind die meisten Untersuchungen nicht einwandfrei.

Im Rhein findet nach Untersuchungen von K. und Lossen auf einer Strecke von 27 km unterhalb Köln eine Selbstreinigung von Bakterien *nicht* statt, während sie zwischen Mainz und Oberlahnstein (80 km) in langsamer Weise erfolgt. Wo eine derartige Selbstreinigung eintritt, ist das wesentliche Moment die Sedimentirung, als ein zweiter, aber sehr unsicherer Faktor ist die Belichtung zu betrachten.

K. berechnet dann unter Aufstellung von Formeln die Verunreinigung, die ein Fluss bei bestimmter Verdünnung durch Einleitung von Kanalwässern erfährt, und kommt zu dem Schlusse, dass bei einer 1000fachen Verdünnung eine derartige Einleitung ganz unbedenklich ist. Nur die Bakterienzahl wird vermehrt; die Wahrscheinlichkeit, dass dieses zu Erkrankungen führt, ist äusserst gering. Da nun der Rhein alle Abwässer, die ihm zugeführt werden, mindestens 1000fach verdünnt, genügt es, die gröbsten Sink- und Schwimmstoffe vor der Einleitung zu entfernen und die Kanalmündungen so weit in den Strom hineinzulegen, dass sich die Schmutzwässer schnell mit dem Flusse mischen und die Verunreinigung der Ufer verhütet wird. Weitergehende hygieinische Anforderungen hält K. für unberechtigt; gegen pathogene Bakterien können sich Städte, die ihr Trinkwasser dem Rhein entnehmen, durch sorgfältige Filtration schützen. Woltemas (Diepholz).

129. **Die Behandlung städtischer Spüljauche, mit besonderer Berücksichtigung neuerer Methoden.** (Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXXI. 1. p. 136. 1899.)

Unter den Verhandlunggegenständen der 23. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege kann der im Titel genannte ein ganz besonderes Interesse beanspruchen. Der Referent, Prof. Dunbar, hob hervor, dass gut angelegte und sachgemäss betriebene Rieselfelder einen grossen Reinigungeffekt erzielen, in der Regel aber einen finanziellen Gewinn nicht liefern, und dass sie nicht überall angelegt werden können. Manche Orte sind für die Reinigung ihrer Abwässer auf andere Methoden angewiesen und neuerdings sind auf diesem Gebiete entschiedene Fort-

schritte zu verzeichnen. Schon 1870 suchte Frankland die Reinigung durch intermittirende Filtration zu erzielen, das Verfahren ist von Dibdin modificirt und als biologisches Verfahren bezeichnet worden, alle Abwässer werden dabei in das Filter eingestaut und nach einigen Stunden abgelassen, das Filter saugt sich dann voll Luft und wird erst nach einigen Stunden auf's Neue gefüllt. Das wesentliche ist die Oxydation, die im Filter in den Zwischenpausen zwischen den Füllungen vor sich geht, man spricht daher auch besser von einem Oxydationverfahren und bezeichnet die Filter als Oxydationkörper. In Hamburg sind seit längerer Zeit Versuche angestellt worden, namentlich auch zur Entscheidung der Fragen, ob die Abwässer besser in frischem oder in fauligem Zustande zur Behandlung kommen und ob der Bakterienwirkung in den Filtern eine grosse Bedeutung zukommt. Der Reinigungeffekt war gut, der Oxydationkörper blieb lange leistungsfähig, wenn die Abwässer vorher von ihren ungelösten Bestandtheilen befreit wurden, die sonst leicht zu Verstopfung führen.

Es ist auch, zuerst von Alexander Müller, empfohlen worden, die Abwässer in stinkende Fäulniss überzuführen, um sie zu zersetzen, eine Combination eines derartigen Faulraums mit einer Oxydationanlage besteht u. A. in Gross-Lichterfelde. Ob das Faulraumverfahren, abgesehen von seiner Sedimentirungwirkung, rationell ist, ist noch fraglich.

Von den künstlichen Reinigung-Methoden ist vor Allem das Degener'sche Kohlebreiverfahren hervorzuheben, das auch die Schlammfrage befriedigend löst; es ist dem Oxydationverfahren ebenbürtig, falls sich seine Kosten nicht zu hoch stellen. Auch die chemische Reinigung durch Zusätze von Eisenoxydsalzen, Aluminiumsulphat oder Kalk hat unter Umständen ihre Berechtigung, eine nur mechanische Reinigung durch Sedimentiren leistet dagegen nur wenig. Ein absolut bestes Verfahren giebt es nicht, es ist immer für jeden Einzelfall das brauchbarste zu bestimmen.

Der Korreferent, Civilingenieur Roechling, hob besonders die Vorzüge des Rieselverfahrens hervor und äusserte Bedenken technischer, hygieinischer und finanzieller Natur gegen die biologische Reinigungmethode. Auch die sich anschliessende Diskussion bot eine Fülle des Interessanten, ist aber zur Wiedergabe im Referat nicht geeignet. Woltemas (Diepholz).

130. **Untersuchungen über die bei Gross-Lichterfelde errichtete Schweder'sche Kläranlage (System Müller-Dibdin)**; von Schumburg. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVII. 1. p. 137. 1899.)

Die Untersuchungen von Sch. bestätigten die Ergebnisse der Sachverständigen-Commission (Jahrbb. CCLXI. p. 78). Zur Entkeimung des geklärten Wassers wurden Filteranlagen verschiedener Art benutzt, sie bewährten sich aber nicht, weil das sedimentfreie Wasser es nicht zur Bildung der eigentlich filtrirenden Schlammschicht kommen lässt. Abtödtung der Bakterien durch Zusatz von Chemikalien vertheuert den Betrieb, vielleicht wird die Anlage von flachen Klärbecken mit Ueberfall und Algen-Einsaat oder bei geeignetem Boden oberflächliche oder unterirdische Berieselung sich bewähren. Woltemas (Diepholz).

131. **Om det strafferetlige krav paa enhed i den psykiatriske bedömmelse**; af Paul Winge. (Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 4. s. 425. 1899.)

Während der Verbrecher mit einer begrenzten Freiheitstrafe, deren Dauer im Verhältnisse zur Grösse seines Verbrechens steht, belastet wird, wird ein als gefährlich und geisteskrank erklärter Verbrecher unter ganz gleichen Verhältnissen auf unbegrenzte Zeit, oft lebenslang, seiner Freiheit beraubt, ohne Rücksicht auf die Grösse oder Geringfügigkeit seines Verbrechens. Der gefährliche Geisteskranke wird also ungleich härter bestraft, als der nicht geisteskranke Verbrecher. Allerdings ist es nothwendig, die Gesellschaft vor gefährlichen Geisteskranken zu schützen, aber die Erklärung der Unzurechnungsfähigkeit und Gefährlichkeit ist ein Rechtsakt, der mit weittragenden Folgen für das Individuum verbunden ist, dessen Zustand immerhin wechseln oder sich ändern kann; um so mehr ist es nöthig, dass für die Sicherheit und Zuverlässigkeit dieser Erklärung Gewähr geleistet und Einheit in den Principien geschaffen wird, die dieser Erklärung zu Grunde gelegt werden, damit es nicht vorkommen kann, dass in demselben Falle von verschiedenen Sachverständigen verschiedene Erklärungen abgegeben werden. W. hält es deshalb für nothwendig, dass in Norwegen eine oberste gerichtlich-medicinische Behörde geschaffen werde, die über den Geisteszustand der Verbrecher, wenn er in Frage kommt, sachverständig zu urtheilen hat. Allerdings wird man dadurch nicht verhindern können, dass in Fällen, in denen die Zurechnungsfähigkeit gar nicht in Frage kommt, Geistesstörung bei einem Verbrecher übersehen werden kann. Aus diesem Grunde wäre es nach W. wünschenswerth, dass die Aerzte in Strafanstalten und Gefängnissen psychiatrisch ausgebildet wären, damit sie nach kürzerer oder längerer Zeit die Symptome geistiger Störung bemerken, so dass der Gefangene aus der Strafanstalt entfernt werden könnte.

An den Vortrag dieser Abhandlung in der medicinischen Gesellschaft zu Kristiania (a. a. O. 2. 3. Forh. i det med. Selsk. s. 431. 1898, s. 2. 1899) schloss sich eine Diskussion an, in der man in der Hauptsache mit der Nothwendigkeit einer obersten gerichtlich-medicinischen Instanz in Norwegen übereinstimmte. Walter Berger (Leipzig).

132. **Ueber Verletzungen der Hausthiere durch sexuell psychopathische Menschen**; von A. Guillebeau. (Sond.-Abdr. aus d. Schweiz. Arch. f. Thierhkde. Heft 1. 1899.)

G. beobachtete bei Hühnern in Folge von Beischlafshandlungen Leberrupturen und Knochenbrüche, einmal liessen sich menschliche Samenfäden auf der Schleimhaut der Kloake nachweisen. Von grösserem Interesse ist eine Reihe von Verletzungen bei Kühen und Ziegen, die durch Stiche in die Scheide und Durchbohrung des Mastdarmes entstanden waren. Bei einem Besitzer ging dadurch fast der gesammte Viehstand zu Grunde, es wurde angenommen, dass es sich um eine ansteckende Krankheit handelte, und durch die sanitätpolizeilichen Maassnahmen entstand ein weiterer bedeutender Verlust. Als Thäter wurden einige Male die Viehwärter entdeckt, die sich dann als pathologisch beanlagte schwachsinnige Individuen erwiesen. Woltemas (Diepholz).

133. **Verletzungen der Scheide durch digitale und instrumentale Exploration**; von A. Calmann. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVII. 1. p. 57. 1899.)

C. beschreibt eine Reihe von Verletzungen der Scheide, die bei der kunstgerechten Untersuchung entstanden waren. Die meisten waren durch die verschiedenen Specula herbeigeführt, der touchirende Finger giebt nur sehr selten Veranlassung und die Verletzungen sind dann sehr geringfügig. Voraussetzung für ihr Zustandekommen ist eine besondere Disposition der Gewebe, Rigidität, schlechter Ernährungzustand oder Puerperium. Derartige Verletzungen können unter Umständen den unberechtigten Verdacht eines gesetzwidrigen Eingriffes erwecken. Woltemas (Diepholz).

134. **Ueber das Princip der Conservirung anatomischer Präparate in den „natürlichen“ Farben mittels Formaldehyd, nebst Bemerkungen über die Verwerthbarkeit dieses Mittels beim forensischen Blutnachweis**; von G. Puppe. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVII. 2. p. 263. 1899.)

Bei der Kaiserling'schen Conservirungsmethode für anatomische Präparate (Einlegen der Organe in Formalinsalzlösung, nach 48 Stunden Uebertragen in Alkohol, Aufbewahren in einer wässerigen Glycerinlösung) tritt beim Einlegen in die Formalin-Salzlösung eine Dunkelfärbung des Blutes, beim Uebertragen in Alkohol eine Wiederkehr der natürlichen Blutfarbe ein. Nach P. beruht der Farbenwechsel darauf, dass das Formaldehyd Hämatin bildet, aus dem durch Einwirkung des Alkohols das sogenannte alkalische Hämatin entsteht. Bei dem forensischen Blutnachweis ist eine Mischung von gleichen Theilen Formol und Alcohol absolutus zur Darstellung von Hämatin, und eine Mischung von gleichen Theilen Formol und Kalilauge zur Darstellung der Blutkörperchen aus alten Blutflecken gut geeignet.

Woltemas (Diepholz).

135. **Zur Spermauntersuchung**; von Prof. Beumer. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 49. 1898.)

Man schneidet einige Stückchen aus dem Kleidungstück, auf dem ein Spermafleck vermuthet wird, aus, benetzt sie mit Wasser, legt sie in Uhrschälchen und behandelt das nach einigen Stunden ausgepresste Wasser nach Florence's Methode. Ueberall da, wo keine Krystalle entstehen, ist die weitere Untersuchung überflüssig, bei positivem Ausfall der Vorprobe werden die ferneren Methoden angewandt. Die verschiedenen Färbemethoden sind ziemlich gleichwerthig, der Farbstoff muss recht lange (24 Stunden) einwirken, oder zum Kochen gebracht werden.

Woltemas (Diepholz).

136. **Ueber ein neues Strophantinpräparat und die Beziehungen der subpleuralen Ekchymosen zum primären Herztod**; von A. Schulz. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVII. 2. p. 252. 1899.)

Den subpleuralen Ekchymosen wird für die Diagnose des Erstickungstodes kein Werth mehr beigelegt, ihr Vorhandensein sollte aber wenigstens erlauben, mit Sicherheit den primären Herztod auszuschliessen. Zur Prüfung dieser Frage stellte Sch. an Kaninchen Versuche mit einem neuen Strophantinpräparat an, das ein starkes Herzgift darstellt. Die Thiere starben unter den Erscheinungen der Erstickung, während die Athmung den Herzstillstand überdauerte, subpleurale Ekchymosen fanden sich stets vor und können daher nicht zur Ausschliessung des primären Herztodes verwerthet werden.

Woltemas (Diepholz).

X. Medicin im Allgemeinen.

137. **Neuere Arbeiten über den Tetanus**; zusammengestellt von Dr. Paul Wagner in Leipzig.[1])

Die innerhalb des letzten Jahres erschienenen Arbeiten über *Tetanus* beschäftigen sich fast ausschliesslich mit der *Behandlung*, die durch die intracerebralen Antitoxin-Injektionen eine entschiedene Bereicherung erfahren hat. Ueber die *Pathologie und Symptomatologie des Tetanus* sind nur wenige neue Mittheilungen gemacht worden.

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXXVIII. p. 10. 124; CCXXXIV. p. 178; CCXL. p. 74. 186; CCXLVII. p. 74. 182; CCLI. p. 186; CCLV. p. 53. CCLIX. p. 81.

Ueber das aërobische Verhalten des Tetanusbacillus; von Dr. J. Ferrán. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 1. 1898.)

Durch eigene Untersuchungen ist F. dazu gekommen, die Auffassung von der obligat anaëroben Natur des Nicolaier'schen Bacillus als irrthümlich aufzugeben und sich der Ansicht Grixoni's anzuschliessen, dass dieser Bacillus eigentlich ein aërober und nur gelegentlich unter besonderen Umständen ein anaërober ist, also zu den *fakultativen Anaëroben* gehört.

Die Basis der natürlichen Immunität des Huhns gegen Tetanus; von N. Asakawa. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 4—7. 1898.)

A. ist bei seinen Untersuchungen, die er im Kitasato'schen Institute in Tokio ausgeführt hat, zu folgenden Ergebnissen gekommen: 1) Das *Tetanus-Toxin* (T. T.) findet sich im Hühnerblut während der Zeit von 6 Tagen nach der Injektion und erleidet keine Veränderung seiner Eigenthümlichkeit. 2) Es ist sehr zweifelhaft, ob das Hühnern injicirte T. T. durch die Ausscheidungorgane entfernt wird; auf jeden Fall dürfte die so entfernte Menge ausserordentlich gering sein. 3) Hühner können, selbst wenn ihre Normaltemperatur herabgesetzt wird, durch Toxininjektion nicht tetanisirt werden. 4) Die Theorie, dass das T. T. erst durch Gährung Veränderungen erfahren müsse, um toxisch zu wirken, ist irrig. 5) Das Blut, die Leber, Milz, Hoden und Muskeln des Huhnes, das starke Dosen T. T. bekommen hat, enthalten es in unverändertem Zustand, während Gehirn und Rückenmark kein Toxin enthalten. Nur im Rückenmark findet man es zeitweilig, aber in geringer Quantität. 6) Bei Meerschweinchen findet man dasselbe Verhältniss. 7) Wenn man die aus dem Gehirn und Rückenmark gesunder Hühner, Meerschweinchen oder Kaninchen präparirten Emulsionen mit einer bestimmten Menge T. T. vermischt und empfänglichen Thieren injicirt, so wird man das Toxin zerstört oder mit einem anderen Worte neutralisirt finden. Diese antitoxische Eigenthümlichkeit besitzt das Rückenmark in geringerem Maasse als das Gehirn. Und weiter enthalten das Gehirn und Rückenmark des Huhnes eine geringere Menge dieser Substanz als die ähnlich gebauten Organe anderer Thiere. 8) Diese antitoxische Eigenthümlichkeit liegt nicht im Blut, in der Leber, den Nieren, der Milz und den Muskeln irgend eines der untersuchten Thiere. 9) Diese antitoxische Kraft des Gehirns und des Rückenmarks rührt von einer unbekannten chemischen Substanz X her, die mit dem Toxin (T) in eine chemische Verbindung tritt, indem sie eine neue Substanz bildet, deren Constitution man als T + X bezeichnen könnte. 10) Wenn eine bestimmte Menge der Gehirnemulsion eines Meerschweinchens intraperitonäal einer Maus injicirt wird, und wenn nach einem Intervall von 8—24 Stunden eine bestimmte Menge Toxin demselben Thier injicirt wird, so wird man finden, dass das Thier gegen die tetanische Intoxikation nicht geschützt ist. 11) Die X-Constituente ist in Kochsalzlösung nicht löslich. 12) Die X-Constituente zieht das Toxin in das Innere der Zellen und bildet das T + X intracellular. 13) Dieses T + X ist vielleicht der pathogenetische Faktor des Tetanus. 14) Die natürliche Immunität des Huhnes gegen T. T. kann man auf Rechnung der Thatsache setzen, dass die in der Nervensubstanz enthaltene Menge X sehr gering ist und demgemäss das gebildete T + X nicht genügt, eine tetanische Intoxikation hervorzurufen.

Ueber antitoxische Eigenschaften der Galle tetanisirter Thiere; von Prof. Vincenzi. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 34. 1898.)

Die Galle gesunder Thiere (Meerschweinchen, Kaninchen) ist nicht im Stande, das Tetanusgift, auch nur in minimaler Menge, zu vernichten. Dagegen hat die Galle tetanisirter Thiere in gewissen Fällen eine, wenn auch nicht bedeutende, doch sichere antitoxische Wirkung. Die Galle der tetanisirten Thiere, die in den ersten 3—4 Tagen nicht gestorben sind, enthält wenig oder kein Antitoxin. Ohne Einwirkung zeigte sich auch die Galle der von Tetanus geheilten Thiere. Keine antitoxischen Eigenschaften besitzt auch die Galle solcher Thiere, die ein Multiplum der tödtlichen Giftdosis subcutan bekommen haben.

Zur Wirkung des Tetanusgiftes; von Dr. Blumenthal. (XVII. Congress f. innere Medicin 1899. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 20. 1899.)

Der geringe Erfolg der subcutanen Anwendung von Heilserum beim Tetanus veranlasste Jacob und Bl. in der v. Leyden'schen Klinik das Gift direkt an die giftbindenden Substanzen des Centralnervensystems zu bringen. Sie bedienten sich als Versuchsthiere der Ziegen und brachten das Heilserum entweder nach der Methode von Roux und Borrel direkt in die Hirnsubstanz oder unter Benutzung der Quincke'schen Lumbalpunktion an das Rückenmark. Das Heilserum wurde eingespritzt in dem Augenblicke, in dem die allerersten tetanischen Symptome, in der Regel ein geringer Trismus, auftraten. Die Menge des Heilserum betrug das 1000—2000fache derjenigen Menge von Antitoxin, die im Reagenzglase im Stande war, das eingespritzte Toxin zu neutralisiren. Eine wesentliche Verzögerung des Todes oder gar eine Heilung gegenüber den subcutan mit Antitoxin behandelten Thieren konnte nicht festgestellt werden; alle Thiere starben. Da nun aber sämmtliche Organe und das Blut der mit Serum behandelten Thiere nach dem Tode stark antitoxisch wirkten, so ist bewiesen, was Blumenthal früher wiederholt betont hat, dass das Heilserum im Stande ist, das in der Cirkulation noch befindliche Gift zu neutralisiren; dass es aber nicht im Stande ist, das einmal an die Nervenzelle gebundene Gift von dieser abzulösen.

Ueber das Zusammenwirken von Tetanusgift mit normalen und gefaulten Organsäften; von Dr. A. Schütze. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 5 u. 6. p. 417. 1899.)

Experimentelle Untersuchungen, die Sch. über das *Zusammenwirken von Tetanusgift mit normalen und gefaulten Organsäften* angestellt hat, ergaben folgende Resultate: 1) Auszüge von Gehirn, Rückenmark, Lunge, Leber, Niere von Menschen und Kaninchen, nach der Blumenthal'schen Methode hergestellt, sind in Dosen von 1 ccm, Mäusen subcutan beigebracht, für diese Thiere ungiftig. 2) Auszüge von Gehirn, Lunge, Leber und Niere von Kaninchen enthalten Substanzen, die, wenn auch nicht stets, doch in einer Reihe von Fällen die Wirkung des Tetanusgiftes verstärken und den Ausbruch der Erkrankung beschleunigen. 3) Es finden sich also im Gehirn neben dem präformirten Antitoxin noch Stoffe vor, die in einer Anzahl von Fällen die Wirkung des Tetanusgiftes verstärken. 4) Das nach der Blumenthal'schen Methode behandelte Gehirnextrakt besitzt keine immunisirende Kraft gegenüber dem Ausbruche des Tetanus. 5) Bei der Fäulniss der Organe werden Gifte gebildet. Die Giftbildung der Fäulnissbakterien ist aber nur verhältnissmässig gering. Am stärksten ist sie in der Leber, dann folgen Niere, Lunge und Gehirn. In Bouillon ist sie nach 3 und 9 Tagen gleich 0. 6) Das Fäulnissgift disponirt in erheblichem Maasse zum frühen Ausbruche eines verhältnissmässig rasch und unter häufigem Vorwiegen klonischer Erscheinungen ablaufenden, sowie in der Intensität der Krankheiterscheinungen besonders heftig auftretenden Tetanus und hat sich als befähigt erwiesen, unter günstigen Bedingungen dem bereits abgeschwächten Tetanustoxin seine Giftigkeit wiederzugeben.

Ueber den Nachweis von Tetanusbacillen in Organen von Versuchsthieren; von Dr. W. v. Oettingen und Dr. C. Zumpe. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 478. 1899.)

Die Vff. haben Mäuse und Meerschweinchen mit unreinen Tetanusculturen geimpft. Von 73 Versuchsthieren starben 45. Von letzteren wurden die Organe auf Tetanusbacillen untersucht. Das Resultat war negativ bei 25, positiv bei 20 Thieren. Von den Organen dieser 20 Thiere wurden insgesammt 61 Culturen angelegt, davon reagirten 37 positiv, 24 negativ. Die gefundenen Bacillen waren oft schon am 2., sicher am 3. Tage und nur in 1 Falle erst am 6. Tage an den runden endständigen Sporen kenntlich. Ihr Vorhandensein liess sich in der Regel bereits aus dem schlechten, für den Tetanus fast typischen Geruch der Culturen vorhersagen.

Da die Mikroorganismen in den verschiedensten Organen gefunden wurden, so ist es kaum zweifelhaft, dass die Blutbahn der Weg ist, auf dem sich die Bakterien verbreiten, sei es nun auf dem Umwege über die Lymphbahnen, sei es durch direktes Eindringen durch die bei der Infektion verletzte oder geschwächte Gefässwand.

Die Untersuchungen der Vff. ergaben ferner, dass bei Versuchsthieren unter gewissen Umständen eine Einwanderung der Tetanusbacillen von der Impfstelle in den Körper auch über die zunächst liegenden Lymphdrüsen hinaus möglich ist. Begünstigende Momente zu diesem Vorgange sind: grosse Empfänglichkeit des Versuchsthieres für die Infektion mit Tetanus, grosse Virulenz der Cultur und vor allen Dingen das Vorhandensein einer Mischcultur.

Ein Beitrag zur Kenntniss des Tetanus des Menschen; von Dr. S. Tauber. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 31. 1898.)

Eine 37jähr. Tagelöhnerin erkrankte an *akutem Tetanus* (Eingangspforte des Virus war wahrscheinlich eine Fussexcoriation) und *starb* am 6. Krankheittage. Die zweimalige Injektion von je 50.0 *Tetanusantitoxin* Behring war nicht im Stande, auf den klinischen Verlauf des Falles einen günstigen Einfluss auszuüben. Die Temperatur erreichte am Todestage, an dem gar kein Muskeltonus mehr vorhanden war, 42.1°.

Thierversuche: Impfungen auf Mäuse mit der Borke der Fussexcoriation erzeugten tödtlichen Tetanus. Impfungen mit Blutserum (zur Zeit der Venaesektion waren die tetanischen Erscheinungen bei der Kr. sehr stark ausgesprochen) waren ergebnisslos. Impfungen mit Organextrakten (Rückenmark, Gehirn, Leber) erzeugten nach sehr kurzem Latenzstadium tetanische Symptome. „Wir könnten also annehmen, dass wir es in unserem Falle mit derjenigen Modifikation des Tetanusgiftes zu thun hatten, die durch Bindung der Toxine seitens der Organzellen entsteht und ohne Incubation wirkt.“

Die *histologische Untersuchung* von Gehirn und Rückenmark der Kr. ergab als Hauptbefund eine ausserordentlich starke *Schwellung des Kernkörperchens,* das meist centrirt oder excentrisch im Kern der Nervenzelle lag. Ausserdem fanden sich zahlreiche wohl ausgebildete Zellen mit deutlichem Kern, denen jede Andeutung des Kernkörperchens fehlte. Eine Zwischenstufe bildeten gewissermaassen mehrere Zellen, bei denen das vergrösserte, gut gefärbte Kernkörperchen ausserhalb des Kerns im Zellenleib oder knapp neben diesem im Gewebe lag.

Ueber den Pseudotetanusbacillus des Darmes; von Prof. E. Tavel. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIII. 13. 1898.)

T. hat seit langer Zeit Gelegenheit gehabt, in zahlreichen Abscessen, die vom Darme ausgingen, einen Bacillus zu beobachten und nach vielen misslungenen Versuchen endlich auch zu züchten, den er wegen seiner vielfachen Aehnlichkeit mit dem Tetanusbacillus als *Pseudotetanusbacillus* bezeichnen möchte. Der Bacillus erwies sich in subcutaner Injektion bei Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen als nicht pathogen.

Ueber einen Fall von Tetanus. Beitrag zur Pathologie der Ganglienzellen; von Dr. A. Westphal. (Fortschr. d. Med. XVI. 13. 1898.)

Bei einer 25jähr. Morphinistin entwickelte sich *Trismus und Tetanus.* Trotz Morphium, Chloral und subcutanen Injektionen von Curarin *starb* die Kr. am 12. Tage.

Die nach der Nissl'schen Methode (Alkoholhärtung, keine Einbettung) angefertigten Präparate aus der Hals- und Lendenanschwellung des Rücken-

marks zeigten, dass Form und Grösse der Vorderhorngangliensellen nicht verändert waren. Feinkörniger Zerfall der Nissl'schen Zellenkörperchen fand sich nicht. Ihre Anordnung wich nicht von der Norm ab, dagegen war in einer Anzahl von Zellen eine *deutliche Schwellung des Kernkörperchens* sichtbar. In diesen Zellen fand sich dann auch in der Regel *eine, wenn auch nicht sehr beträchtliche Vergrösserung der Nissl'schen Zellenkörperchen.*

Diese Zellenveränderungen entsprachen also denjenigen, die von Goldscheider und Flatau als wesentlich für den Tetanus bezeichnet worden sind.

[M. Matthes (*Rückenmarksbefund in zwei Tetanusfällen.* Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIII. 5 u. 6. p. 463. 1898) hat in Rücksicht auf die Angaben von Goldscheider und Flatau 2 Tetanus-Rückenmarke untersucht. Beide Kr. zeigten das typische Bild, waren erfolglos mit Serum und Lumbalpunktion behandelt worden. Beim ersten, einem 47jähr. Manne, wurde eine grössere Blutung im Rückenmarke gefunden, die Gefässe waren strotzend gefüllt und von kleinen Blutungen umgeben. Die Vorderhornzellen waren reich an Pigment, manche zeigten Schwellung der Nissl'schen Körperchen, die durcheinander geworfen erschienen, manche waren durch „einen centralen ausgedehnten feinkörnigen Zerfall der Nissl'schen Granula ausgezeichnet", manche besassen nur wenige und zum Theil zerfallene Granula. Die Kernkörperchen waren zum Theil normal, manche stark gefärbt, manche eckig, manche aufgehellt und vacuolisirt, manche in Zerfall begriffen. Bei dem 2. Kr., einem 5jähr. Knaben, war das Rückenmark makroskopisch normal; die meisten Zellen zeigten keine Veränderungen, nur einzelne waren ähnlich wie im 1. Falle verändert. Möbius.]

Un cas de tétanos suivi d'autopsie; recherches cliniques et anatomo-pathologiques; par E. Donetti. (Revue neurol. VI. 17. 1898.)

12jähr. Knabe mit Fussverletzung. Schon 2 Tage später erste *tetanische Erscheinungen.* Schwerster, akuter Verlauf. *Tod* am 6. Tage. *Sektion* 13 Stunden nach dem Tode. Die *anatomisch-histologische Untersuchung des Rückenmarks* ergab die Erscheinungen einer *akuten centralen Myelitis* hauptsächlich des Dorsalmarks, sowie gleichzeitig eine *Atrophie der Vorderhörner* mit Zerstörung der grossen Pyramidenzellen. Aehnliche Befunde sind auch schon von Anderen erhoben worden.

Wesen und Behandlung des traumatischen Tetanus; von Prof. R. Stintzing. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 40. 1898.)

Auf Grund eigener Untersuchungen, sowie der anderer Autoren kommt St. zu folgenden, theils feststehenden, theils hypothetischen Anschauungen über die *Pathogenese des Tetanus.* „Der Tetanusbacillus erzeugt an dem Orte seiner Ansiedelung (Wunde oder Impfstelle) Toxine. Diese gelangen theils in die Blutbahn (bei Thieren) und *können* von dieser aus wirksam werden. Im Wesentlichen aber werden sie längs der nahe gelegenen Nerven, vermuthlich in den Maschen des Perineurium, deren Flüssigkeit eine besondere Attraktionkraft eigen zu sein scheint, zum Rückenmarke fortgeleitet. In den Subarachnoidealraum oder unmittelbar in das Rückenmark gelangt, entfalten sie (bei Thieren) ihre toxische Wirkung zunächst von der Einmündungstelle aus und erzeugen somit zunächst den *örtlichen* Tetanus. Wird Gift in genügender Menge weiter producirt und zugeleitet, so erzeugt es regionär (bis zum *allgemeinen Tetanus*) fortschreitende Krämpfe. Beim Menschen *kann* der Vorgang der gleiche sein. Meist jedoch breiten sich bei diesem die Krämpfe ohne Regel aus, vermuthlich weil die Toxine in den weiteren mit Flüssigkeit angefüllten Räumen rascher diffundiren. Den Angriffspunkt für das Tetanusgift bilden jedenfalls die motorischen Ganglienzellen in den Vorderhörnern, die unter der Einwirkung des Giftes in einen Zustand erhöhter Erregbarkeit gerathen. Dass die neuerdings gefundenen morphologischen Veränderungen dieser Zellen einen dem Tetanusgifte eigenartigen Befund darstellen, ist noch fraglich." Die eigenen Erfahrungen St.'s sprechen weder für, noch gegen die Serumtherapie.

Beitrag zur Lehre des Tetanus traumaticus, insbesondere zur Spinalpunktion und Antitoxinbehandlung bei demselben; von Prof. R. Stintzing. (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. III. 3 u. 4. p. 461. 1898.)

Es handelte sich um einen 47jähr. Kr. mit schwerem *Tetanus traumaticus* im Anschlusse an eine Quetsch- und Risswunde des linken Oberschenkels. Die ersten Erscheinungen traten etwa am 8. Tage nach der Verletzung auf, entwickelten sich in wenigen Tagen zu grosser Ausdehnung und Heftigkeit und führten trotz Einverleibung von Behring's *Antitoxin* (5 g) am 11. und Tizzoni's *Antitoxin* ($4^1/_2$ g) am 15. Tage nach 16 Tagen zum *Tode.* Die Krämpfe nahmen von dem verletzten Oberschenkel ihren Ausgang. Nach den Antitoxin-Injektionen trat nicht einmal eine vorübergehende Besserung ein. Der Grund hierfür liegt einmal in der zu spät eingetretenen Antitoxinbehandlung (erst am 4. Krankheittage) und dann darin, dass der primäre Herd nicht energisch und ausgiebig genug zerstört worden war. Die von diesem latenten Herde aus fortgesetzte Produktion von Tetanusgift erklärt es wohl auch, dass der anfangs verhältnissmässig leichte Fall sich nachträglich in einen schweren umwandelte.

Von besonderem Interesse war in diesem Falle die *Spinalpunktion* und ihre Verwerthung für die Diagnose und Pathogenese. Die Spinalpunktion zeigte den Liquor cerebrospinalis qualitativ als nicht verändert, unter einem mässig erhöhten Drucke stehend. Die *subcutane Injektion von Spinalflüssigkeit* führte bei weissen Mäusen bereits am anderen, bez. übernächsten Tage zu Tetanus. Die Verimpfung von Spinalflüssigkeit wirkte also viel rascher als die von Wundeiter. Innerhalb mehrerer Tage nahm aber die Toxicität der Spinalflüssigkeit sehr erheblich und rasch ab. Weitere Versuche ergaben, dass die Spinalflüssigkeit stärkere toxische Eigenschaften besass als die gleiche Menge Blut.

In dem Falle St.'s ergab die *pathologisch-anatomische Untersuchung des Rückenmarks* folgenden Befund: Erhebliche Erweiterung der intramedullären Gefässe und eine grössere Blutung im Dorsalmarke, ferner sehr starke Degeneration der Vorderhornzellen, die sich in einer Gestaltveränderung der ganzen Zellen, Auflösung der Nissl'schen Körperchen und des Zellenkerns ausdrückte.

Im *Nachtrage* erwähnt St. einen sehr schweren Fall von *„rheumatischem" Tetanus* bei einem 5jähr. Knaben. Die am 6. Tage eingeleitete *Antitoxinbehandlung*

war ohne Erfolg. *Tod.* Die *Spinalflüssigkeit* besass hier keine oder nur ganz geringe toxische Eigenschaften.

Zum gegenwärtigen Stande der Serumtherapie des Tetanus; von Dr. F. Köhler. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 45. 46. 1898.)

K. hat die seit der Engelmann'schen Statistik veröffentlichten Fälle von *Serumbehandlung des Tetanus* zusammengestellt und dabei drei neue Beobachtungen aus der Stintzing'schen Klinik angefügt. Im Ganzen verfügt K. über 42 Fälle mit 24 Heilungen und 18 Todesfällen (57% Heilungen). Eine Zusammenstellung von im Ganzen 96 Fällen (54 von Engelmann, 42 von K.) ergiebt 63 = 65.6% Heilungen, 33 = 34.4% Todesfälle.

Die Ergebnisse seiner verschiedenen statistischen Berechnungen, deren Einzelheiten im Originale nachgelesen werden müssen, stellt K. in folgenden Sätzen zusammen: 1) Eine Statistik über mit Tetanusserum behandelte Kranke giebt procentual ein etwas *günstigeres Resultat als früher* vor der Serumbehandlung. 2) Ein allgemein gültiger Modus für eine Erfolg bestimmt in Aussicht stellende Anwendung des Tetanusserum lässt sich nicht aufstellen; eine Statistik (31 Fälle) innerhalb der ersten 2 Tage nach Ausbruch der Erscheinungen mit Tetanusserum behandelter Kranker ergiebt heute eine Mortalität von 64.5%. 3) Die Wirkung des Tetanusserum ist vielleicht in einzelnen Fällen eine unmittelbar eingreifende, selten ist es ohne jeden Einfluss, meist von allmählichem Erfolge, stets ohne bedeutsame Nebenwirkungen. 4) Es empfiehlt sich die Anwendung des Tetanusserum frühzeitig, in grossen Dosen, in wiederholter Injektion. 5) Mit der Länge der Incubation wächst wie vor der Serumtherapie die Aussicht auf Erfolg. 6) Auch die vor der Serumtherapie als sehr ungünstig geltenden Fälle von Tetanus puerperalis scheinen durch Tetanusserum günstig beeinflusst werden zu können, inwieweit, muss eine möglichst häufige Veröffentlichung derartiger Fälle lehren.

Zur Serumtherapie des Tetanus; von Dr. F. Blumenthal und Dr. P. Jacob. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 49. 1898.)

Durch die bisherigen Untersuchungen ist festgestellt, dass beim Ausbruche des Tetanus das Gift im Centralnervensysteme chemisch bereits fest gebunden ist. Das Wesen einer wirksamen Behandlung des Tetanus muss daher darauf beruhen, erstens das im Centralnervensysteme gebundene Gift diesem zu entziehen und ferner das noch in der Cirkulation kreisende Gift zu neutralisiren, um es zu hindern, auch seinerseits an das Centralnervensytem zu gehen. Diese letztere Indikation kann die bisherige Heilserumtherapie des Tetanus erfüllen; der Endzweck der Antitoxintherapie ist aber die Ausführung der ersten Bedingung. Roux und Borell haben bei Thieren mit Erfolg versucht, das Antitoxin nach Trepanation des Schädels direkt in das Gehirn zu injiciren; unabhängig von diesen Autoren haben Bl. u. J. die Methode der *Duralinfusion* gewählt, die aber bei kleinen Thieren nur schwer ausführbar ist. Sie experimentirten daher an Ziegen, da diese für das Tetanusgift weit mehr empfänglich sind als Hunde.

Alle die verschiedenen Versuche führten zu *vollkommen negativen Resultaten.* „Das Tetanusgift ist zur Zeit des Ausbruchs der Tetanuserscheinungen im Centralnervensysteme bereits so fest verankert, dass es auch mit Hülfe der Duralinfusion hieraus nicht mehr entfernt werden kann."

Auch ein Versuch nach der Roux-Borell'schen Methode misslang. Bisher sind im Ganzen 8 tetanuskranke Menschen nach der Roux-Borell'schen Methode behandelt worden: 7 starben, 1 genas, dieser war aber an sogen. chronischem Tetanus erkrankt.

Zur Therapie des Tetanus; von Dr. E. Kraus. (Therapie d. Gegenw. I. 5. 1899.)

In der 2. med. Klinik in Prag sind in den letzten 2 Jahren 8 *Tetanusfälle* beobachtet worden; 7 Kr. wurden mit Antitoxin, 1 Kr. (mit leichtem traumatischen Tetanus) mit grossen Dosen Urethan behandelt.

In 4 Fällen handelte es sich um *puerperalen Tetanus,* durch eine Infektion vom Endometrium aus bedingt. Diese Fälle verliefen ungemein heftig; in längstens 7 Tagen trat der *Tod* ein. In diesen Fällen scheint die Spätimmunisirung selbst mit hohen Dosen Antitoxins zwecklos. Die Frühimmunisirung während einer Epidemie oder Endemie scheint diese jedoch zum Stillstande bringen zu können.

4 Fälle waren die des gewöhnlichen *traumatischen Tetanus* ohne septische Mitinfektion: 2 schwere, 1 mittelschwerer, 1 leichter Fall. In den 3 ersten Fällen wurde das Antitoxin subcutan angewendet. Alle 4 Kr. *genasen.*

K. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Der gewöhnliche traumatische Tetanus kann von selbst heilen. Durch das Antitoxin sind wir jedoch im Stande, eine rasche Spätimmunisirung der noch nicht ergriffenen Nervencentren herbeizuführen, wenn wir es rechtzeitig zur Anwendung bringen können. Dadurch können wir dem Fortschreiten der Erkrankung Einhalt gebieten. Nach diesen Erfahrungen sind wir daher verpflichtet, bei diesen Formen des Tetanus das Antitoxin sofort und in hohen Dosen anzuwenden, schon deshalb, weil wir von vornherein niemals wissen können, wie schwer sich der einzelne Fall entwickeln wird. Dann müssen wir bestrebt sein, den Krankheitherd zu eliminiren. Endlich haben wir den Zustand der Kranken durch Narkotica erträglicher zu machen. Urethan leistete in dieser Hinsicht bei den geringsten schädlichen Wirkungen die besten Dienste.

The antitoxin treatment of tetanus; by Fred B. Lund. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIX. 7. 1898.)

Sind auch die bisherigen Ergebnisse der *Antitoxinbehandlung des Tetanus* noch nicht allzu vertrauenerweckend, so ermuntern sie nach L. doch zu weiteren Versuchen. Besonders wichtig ist es, sich eines kräftigen Antitoxin zu bedienen und eine genügend grosse „Initialdosis" möglichst frühzeitig intravenös zu injiciren. Daneben muss der primäre Herd in sorgfältigster Weise desinficirt, bez. zerstört werden.

A case of tetanus treated with antitoxin; by J. R. Arneill. (Med. News LXXIV. 16. p. 491. April 22. 1899.)

16jähr. Schwarzer mit Fusssohlenverletzung. 8 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Am 5. Krankheittage Beginn der *Antitoxinbehandlung.* Schwerer Fall. Im Ganzen wurden 90 ccm Antitoxin subcutan injicirt. *Tod.*

A case of acute tetanus treated by serum; death; necropsy; by J. Berry. (Lancet April 29. 1899.)

27jähr. Mann mit Verletzung der grossen Zehe. 6 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Schwerer Fall. Beginn der *Antitoxinbehandlung (subcutane Injektion)* 10 Stunden nach Beginn der Erkrankung. Im Ganzen wurden 35 ccm Antitoxin gegeben. Die Krankheit verlief innerhalb 27 Stunden *tödtlich.*

The treatment of traumatic tetanus with antitoxins; by Stanley Copley. (Brit. med. Journ. Febr. 11. 1899.)

C. hat in den letzten 2 Jahren 4 Fälle von *traumatischem Tetanus* beobachtet, die sich an eine durch Erde oder Pferdedünger verunreinigte septische Wunde anschlossen. 3 Kr. wurden mit *subcutanen Injektionen von Tetanus-Antitoxin* behandelt und genasen. Der 4. Kr., bei dem das Antitoxin nicht angewendet werden konnte, starb. Soll das Antitoxin nützen, so muss es in grossen Dosen gegeben werden: 30 ccm auf einmal und 6stündl. wiederholt, bis deutliche Besserung eintritt.

Ein mit Tetanusantitoxin geheilter Fall von Tetanus traumaticus; von Dr. Engelien. (Deutsche med. Wochenschr. XXV. 5. 1899.)

45jähr. Mann mit Holzsplitterverletzung des linken Zeigefingers. 4 Tage später konnte Pat. den Splitter entfernen; die Wunde heilte. 5 Tage nach dem Trauma *Trismus* und *Tetanus. Sehr schwerer Fall.* Am 7. (?) Krankheittage Injektion von 250 I.-E. *Tetanusantitoxin;* am nächsten Tage die gleiche Dosis. Schon wenige Stunden nach der 1. Injektion trat ein gewisses Wohlbefinden ein, dann als Reaktion des Antitoxin Fieber, Benommenheit, Diarrhöe. Fortschreitende Besserung; *Heilung.*

Case of acute tetanus successfully treated by antitetanin; by J. Galletly. (Brit. med. Journ. Febr. 18. 1899.)

8jähr. Knabe mit Fingerverletzung. 19 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Mittelschwerer Fall. Vom 4. Tage an *Antitetanin-Injektionen;* im Ganzen wurden 240 ccm injicirt. Urticaria. *Heilung.*

Ein günstig verlaufener Fall von Tetanus traumaticus; von Dr. Hönn. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 14. 1899.)

25jähr. Kr. stiess sich einen Holzsplitter unter einen Fingernagel. 10 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* 13 Tage nach der Verletzung Entfernung des Holzsplitters. Am 15. und 16. Tage *Injektion* von Tizzoni's *Antitoxin.* Keine Besserung. Am 20. Tage *Injektion* von *Antitoxin* Behring. Besserung. Vollkommene *Heilung.*

Zwei mit Behring'schem Antitoxin geheilte Fälle von Tetanus traumaticus; von Dr. F. K. Kleine. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 2. 1899.)

K. theilt aus der Quincke'schen Klinik folgende 2 Beobachtungen mit.

1) 50jähr. Mann mit nässendem kleinen Blutschwamme an der rechten Wade. *Mittelschwerer chronischer Trismus* und *Tetanus;* keine Krampfanfälle. Tag der Infektion nicht festzustellen. Ungefähr 1 Woche nach Eintritt der ersten tetanischen Erscheinungen wurde die erste *Seruminjektion* gemacht (500 I.-E.). 2 Tage später deutliche Besserung. Noch zwei Injektionen (jede zu 250 I.-E.). *Heilung.* „Die Heilung wurde durch das Behring'sche Mittel beschleunigt. Diese Beschleunigung ist von allergrösster Bedeutung, wenn man bedenkt, dass es sich um einen älteren, sehr corpulenten Mann mit unregelmässiger Herzthätigkeit handelte. Hier kann die kürzere Dauer der Krankheit geradezu die Erhaltung des Lebens bedingt haben."

2) 9jähr. Kind mit vernachlässigter Fussverletzung 18 Tage nach der Verletzung *Trismus* und *Tetanus* Schwerer Verlauf mit starken Krampferscheinungen 4 Tage nach dem ersten Auftreten tetanischer Erscheinungen 1. *Serum*-Injektion. 24 Std. nach der 3. Serum-Injektion trat die Besserung ganz unerwartet und unvermittelt ein. „Hier ist das Behring'sche Antitoxin als die *alleinige* Ursache der *Heilung* anzusprechen."

In Fall 2 trat am 6. Tage nach der letzten Injektion eine sehr grossfleckige Urticaria über den ganzen Körper auf. Sehr beachtenswerth war in beiden Fällen die erhöhte tetanische Starre (ein Tetanus im Tetanus), die jedesmal im weiten Umkreise um die Injektionstelle beobachtet wurde.

Behandlung von drei Tetanusfällen mit Antitoxin (Tizzoni-Cattani); von Dr. O. Kose. (Wien. klin. Rundschau XII. 31. 32. 1898.)

K. theilt aus der Maixner'schen Klinik in Prag folgende Beobachtungen mit.

1) 32jähr. Frau mit Verletzung der rechten Fusssohle. 10 Tage später *Tetanus. Sehr schwerer Verlauf.* Am 4., 5. und 6. Krankheittage Injektion von im Ganzen $3^1/_2$ g Tizzoni'schen *Antitoxins. Tod* am 7. Tage.

2) 22jähr. Magd mit *Puerperaltetanus. Sehr schwerer Verlauf.* Am 2. und 4. Tage *Antitoxin-Injektion. Tod* am 4. Tage.

3) 67jähr. decrepider Mann mit zahlreichen oberflächlichen Rhagaden an Händen und Füssen. Schon seit 4 Tagen *mittelschwerer Tetanus.* Am 6. Krankheittage Injektion von Tizzoni's *Antitoxin. Tod* unter pneumonischen Erscheinungen.

Zum Schlusse theilt K. noch einen Fall von *chronischem Tetanus* mit kurzem Incubationstadium bei einem 15jähr. Knaben mit, der innerhalb 8 Wochen spontan in Heilung ausging.

Zwei Fälle von Tetanus traumaticus, von denen einer mit Gehirnemulsion, der andere mit Tetanusantitoxin-Injektionen behandelt wurde; von Dr. A. Krokiewicz. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 34. 1898.)

1) 46jähr. Frau. Verletzung mit einer verunreinigten Holzhacke am Mittelfinger der linken Hand. 14 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* 1 Woche später Aufnahme in das Krankenhaus. Mittelschwerer Fall. Mehrmalige *subcutane Injektionen von Gehirnemulsion* (15.5 g Gehirnsubstanz). Danach auffallende subjektive und objektive Besserung. *Heilung.*

2) 50jähr. Kranke. Fingerverletzung. 7 Tage später *Tetanus.* Mittelschwerer Fall. *Subcutane Injektionen* von 195 ccm *Antitoxin* (1:10000). Nach den Injektionen ganz entschiedene subjektive und objektive Verschlimmerung. Langsame *Heilung.*

K. empfiehlt, weitere Versuche mit *Gehirnemulsion* zu machen. Er bereitete die Emulsion aus frischem Kalbsgehirn unter Beachtung aller aseptischen Cautelen. Benutzt wurde sowohl die weisse, wie die graue Substanz nach Entfernung der weichen Häute.

A case of tetanus successfully treated with antitetanic serum; by L. Marshall. (Lancet April 22. 1899.)

12jähr. Mädchen mit Brandwunden am rechten Arm. 14 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Am 2., 3. und 4. Tage *subcutane Injektion* von je 10, am 5. Tage von 20, in den nächsten Tagen wieder Injektionen von 10 ccm *Antitoxin.* Innerhalb 9 Tagen wurden in 12 Injektionen 110 ccm antitetanischen Serums verabreicht. *Heilung.*

A case of tetanus, treated with large doses of the antitetanic serum. Recovery; by S. J. Mixter. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIX. 14. 1898.)

11jähr. Knabe mit Glasscherbenverletzung der Fusssohle. 8 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Mittelschwerer Verlauf. Am 3. Tage *Injektion* von 80 ccm *antitetanischen Serums* unter die Haut. In den nächsten Tagen erhielt Pat. im Ganzen 3400 ccm Serum, d. h. un-

gefähr 285 ccm täglich (State Board serum). Daneben vorübergehende Chloroformanästhesien, Morphium u. s. w. *Heilung.*

Zur Serumtherapie des Tetanus; von Dr. J. Möller. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 9. 1899.)

15jähr. Knabe mit schwerer Verletzung der Fusssohle. Keine Behandlung. 13 Tage später typisches Bild von schwerem *Tetanus.* Die ersten tetanischen Erscheinungen sollten sich bereits 6 Tage nach der Verletzung eingestellt haben. Am 2. Behandlungtage *subcutane Injektion von* 28 ccm *Tetanusantitoxin.* Entschiedene Besserung; dann plötzlicher *Tod.*

A case of traumatic tetanus treated with antitoxin; by G. Blacker Morgan. (Brit. med. Journ. July 9. 1898.)

20jähr. Mann mit Risswunde oberhalb der rechten Augenbraue. 7 Tage später traten nach vollständiger Heilung der Wunde die ersten Symptome von *Trismus* und *Tetanus* auf. Injektion von im Ganzen 40 ccm *Antitoxin. Tod* am 4. Krankheittage.

A further note on the treatment of tetanus; by R. Glasgow Patteson. (Dubl. Journ. CVI. p. 385. Nov. 1898.)

Der 16jähr. Kr. erkrankte 30 Stunden (!) nach einer Verletzung der Fusssohle durch einen Nagel an schwerstem, akut verlaufendem *Tetanus.* Sofort mehrfache *Injektionen von antitetanischem Serum.* Kein Erfolg. *Tod* am 2. Tage.

Trois cas de tétanos traités par le sérum antitétanique; par le Dr. Rabek. (Gaz. des Hôp. LXXII. 42. 1899.)

1) 12jähr. Knabe mit Fussverletzung. Schon einige Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Schwerer Fall. Eine Behandlung war erst mehrere Tage nach Beginn der Erkrankung möglich. *Subcutane Injektion* von 48 ccm *antitetanischen Serums. Tod* am nächsten Tage.

2) 8jähr. Knabe mit Fussverletzung. 7 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Schwerer Fall. Behandlung erst am 4. Krankheittage. *Subcutane Injektion* von 10 ccm *antitetanischen Serums;* Chloralklystiere. *Tod* am nächsten Tage.

3) 11jähr. Knabe mit Daumenverletzung. Am 10. Tage nach der Verletzung *Trismus* und *Tetanus;* Schluckbeschwerden. Mittelschwerer Fall. Am 5. Tage *Injektion* von 30 ccm *antitetanischen Serums* unter die Haut; Chloral. *Heilung.*

A case of tetanus treated with tetanus serum; recovery; by D. Sime. (Lancet Sept. 24. 1898.)

17jähr. Knabe mit Handverletzung. 11 Tage nach der Verletzung *Trismus* und *Tetanus.* Chronischer Verlauf. Chloralhydrat, Bromkalium u. a. m. Vom 9. Tage an *Antitoxinbehandlung. Heilung.*

A case of compound separation of the lower epiphysis of both radius and ulna, followed by acute tetanus, treated with tetanus antitoxin and irrigation of the wound with oxygen gas without relief; by Ch. Stonham. (Lancet Nov. 19. 1898.)

Der Fall betraf einen 14jähr. Knaben; der *Tetanus* entwickelte sich in äusserst akuter Weise 7 Tage nach dem Unfall. Zweimalige *subcutane Antitoxininjektionen* ohne jeden Erfolg. *Tod* innerhalb 36 Stunden.

Ein Fall von Tetanus nach Verletzung der Orbita; von Dr. Thieme. (Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 7. 1899.)

14jähr. Knabe mit schwerer Contusion des rechten Auges. Ausgedehnter retrobulbärer Bluterguss u. s. w., kleine Risswunde des unteren Lidrandes. 5 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Spaltung eines Abscesses der unteren Lidgegend, Extraktion von mehreren Holzsplittern aus dem Orbitaltrichter. Am nächsten Tage *Antitoxininjektionen. Tod* an demselben Abende.

A case of tetanus treated by tetanus antitoxin; death; by C. Wace. (Lancet May 13. 1899.)

22jähr. Kr. mit Wunde am Unterschenkel. 7 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Am nächsten Tage Aufnahme in das Spital. *Subcutane Injektion* von 20 ccm *Antitoxin.* Schwerer Verlauf. *Tod* am 3. Krankheittage.

Ueber einen letal verlaufenen Fall von Tetanus, behandelt mit Behring's Antitoxin; von Dr. P. Werner. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 9. 1899.)

17jähr. Kr. mit Fingerverletzung. 6 Tage später die ersten *tetanischen Erscheinungen.* Am 4. Tage *Amputation* des verletzten, eiternden Fingers. *Subcutane Injektion* von 31.5 ccm *Antitoxin Behring.* Subjektives Befinden besser; objektiv keine Besserung. *Tod* am nächsten Tage.

Cerebral tetanus following operation for hemorrhoids; failure of antitoxin; by H. C. Wood. (Univers. med. Mag. X. 10. p. 608. July 1898.)

Die 37jähr. Frau erkrankte 9 Tage nach Abklemmung und Kauterisation von Hämorrhoidalknoten an schwerem *Trismus* und *Tetanus* mit Schluckbeschwerden. Trotz *subcutaner Antitoxin-Injektionen Tod* 60 Stunden nach Beginn der Erkrankung.

Während man bisher das *Tetanusantitoxin* subcutan injicirte, sind in den letzten Jahren auch bei Menschen Versuche gemacht worden, *durch intracerebrale Injektionen des Antitoxins* eine kräftigere und sicherere Heilwirkung zu erzielen. Dieses therapeutische Verfahren gründet sich auf eine Arbeit von E. Roux und A. Borrel: *Tétanos cérébral et immunité contre le tétanos.* (Ann. de l'Inst. Pasteur XII. 4. p. 225. Avril 1898.)

Wenn R. und B. kleine Mengen von Tetanustoxin in das Gehirn von Kaninchen oder Meerschweinchen einspritzten, so erhielten sie einen eigenthümlichen Symptomencomplex, den sie *Tétanos cérébral* nannten. Die Haupterscheinungen waren ausserordentliche Excitation, intermittirende Convulsionen, motorische Störungen, Polyurie; die Krankheit endete regelmässig mit dem Tode. Wenn durch das direkte Einführen von Tetanusgift in das Gehirn derartige Erscheinungen hervorgerufen werden können, so widerspricht dies der Wassermann'schen Ansicht von dem Vorhandensein eines Tetanusantitoxins in der normalen Hirnsubstanz.

Wenn man Meerschweinchen gegen Tetanus durch antitoxisches Serum passiv immunisirt und ihnen dann Tetanustoxin direkt in das Gehirn injicirt, so gehen sie selbst bei ganz geringen Injektionmengen rasch zu Grunde, während sie bei subcutaner Injektion auch bedeutend grössere Mengen vollkommen gut vertragen. Diese Thatsache lässt sich nur mit der Annahme erklären, dass die Nervenzellen für das Antitoxin nicht dieselbe Affinität besitzen, wie für das Toxin; das Gegengift kommt deshalb nicht in Berührung mit dem Gifte; das unter die Haut eingespritzte antitetanische Serum ist zwar gegen das im Blute kreisende Gift wirksam, nicht aber gegen das bereits mit den Nervenzellen in Berührung gekommene Gift.

R. und B. empfahlen deshalb auf Grund zahlreicher Experimente, das Antitoxin nicht subcutan einzuführen, sondern in das Gehirn zu injiciren und so direkt mit den betroffenen Nervencentren in Berührung zu bringen. Von 45 mit Tetanus-

gift geimpften Meerschweinchen, denen R. und B. durch eine Trepanationöffnung das Antitoxin direkt in das Gehirn injicirt hatten, genasen 35. Von 17 Controlthieren, denen das Serum subcutan injicirt worden war, genasen nur 2. 17 nicht behandelte Thiere starben sämmtlich.

Auch bei der *intracerebralen Injektion des Tetanusantitoxin* hängt der Erfolg wesentlich davon ab, dass der Eingriff so bald als möglich nach der Infektion vorgenommen wird. Sind einmal die oberen Theile des Rückenmarks von dem Toxin ergriffen, so hat auch die intracerebrale Injektion des Antitoxins keinen lebenrettenden Einfluss mehr.

Die Technik der intracerebralen Injektion ist nicht schwierig; der Schädel wird beiderseits über dem Stirnhirne mit einem möglichst kleinen Trepan eröffnet, eine Nadel 4—6 cm tief in's Stirnhirn eingeführt und das Serum dann in kleinen Mengen (1—2 ccm) tropfenweise injicirt. Direkte, anhaltende Schädigungen scheinen nach diesen Injektionen bisher nicht beobachtet worden zu sein. Die Erfahrungen, die über diese Therapie bisher vorliegen, sind, soweit sie uns bekannt geworden sind, folgende.

Ueber eine einfache Trepanationsmethode für intracerebrale Injektionen; von Dr. A. Kocher. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 22. 1899.)

Nach Abrasiren der Haare und Reinigung der vorderen Hälfte der Kopfhaut wird mit dem Kraniometer die Stelle zur Injektion in dem vorderen Abschnitte des Seitenventrikels bestimmt. Es ist dies die Stelle vor der Präcentralfurche in der Höhe des Sulcus zwischen mittlerer und oberer Stirnwindung oder an der Schädeloberfläche die Stelle $2^1/_2$—3 cm lateral vom Bregma. Von dieser Stelle gelangt man am besten in den Ventrikel unter Vermeidung der motorischen Centren. Es wird an der Stelle eine subcutane Injektion einer 1proc. Cocainlösung gemacht, danach der Drillbohrer senkrecht auf die Stelle aufgesetzt, die Haut und Galea werden einfach durchstossen und der Knochen durchbohrt, wobei man bei gut spielendem Instrumente sofort fühlt, wenn der Bohrer durch die Vitrea durchgedrungen ist und sofort anhalten kann. Der Bohrer wird genau in der Richtung des Bohrlochs herausgezogen und der Spritzenansatz durch die Bohröffnung eingeführt und 5—6 cm tief in die Hirnsubstanz eingestochen.

Nach langsamer Injektion wird der Spritzenansatz herausgezogen und ein einfaches englisches Pflaster bildet den ganzen Verband. Am nächsten Tage wurde ganz dieselbe Procedur auf der anderen Seite vorgenommen. Während beider Sitzungen blieb der Pat., ein 12jähr. Knabe, vollkommen ruhig und äusserte nicht den geringsten Schmerz. Auch traten nach dem Eingriffe absolut keine Erscheinungen von Seiten des Gehirns auf. Die so gemachte intracerebrale Injektion gestaltet sich auf diese Weise vollständig wie eine einfache Punktion an anderen Körperstellen und kann auch vom praktischen Arzte leicht ausgeführt werden. Roux und Borrel haben das von ihnen bei den Thierexperimenten angewandte Instrument auch für den Menschen empfohlen, sie machen aber vorher eine Hautincision, was den Eingriff ganz überflüssig complicirt und ihn gerade in der Privatpraxis erschwert.

Es handelte sich um einen 12jähr. Knaben mit Verletzung des rechten Fussballens. 15 Tage später *Trismus* und *Tetanus*. Aufnahme in die Klinik. Entschieden leichter Fall. *Injektion* von 5 g *Tetanusantitoxin in den rechten Seitenventrikel,* am nächsten die *2. intracerebrale Injektion in den linken Seitenventrikel.* Ausserdem *3malige intravenöse Injektion* von im Ganzen 90 ccm *Tetanusantitoxin.* Nach 3 Wochen vollständige *Heilung.*

Un cas de tétanos traité par des injections intracérébrales de sérum antitétanique; par C. Bacaloglu. (Gaz. des Hôp. LXXI. 70. 1898.)

Bei einem 38jähr. Arbeiter bildete sich ein anfangs leicht erscheinender Fall von *Trismus* und *Tetanus* trotz mehrmaliger subcutaner Injektionen von antitetanischem Serum rasch zu einem sehr schweren aus. *Intracerebrale Injektion von antitetanischem Serum* beiderseits entsprechend dem oberen Theile der Stirnwindungen. *Keine Besserung. Tod* am nächsten Tage unter den Erscheinungen der Asphyxie.

Tétanos traumatique traité et guéri par injection intracérébrale d'antitoxine; par le DDr. Chauffard et Quénu. (Gaz. des Hôp. LXXI. 73. 1898.)

Ch. und Qu. haben in einem „*schweren*" Fall von *Tetanus* die *intracerebralen Antitoxininjektionen* angewendet. Sie machten die Injektionen mit einem 8 mm Trepan in den Fuss der 2. Stirnwindung. In den ersten 6 Tagen nach der Injektion traten schwere Erscheinungen ein, die zum Theil durch den Tetanus selbst, zum Theil aber durch die intracerebrale Injektion veranlasst wurden: état subdélirant, Tachykardie, Oligurie u. s. w. Vom Zeitpunkte der Injektion an griffen die tetanischen Contrakturen nicht weiter um sich. 7 Tage nach der Injektion deutliche Zeichen von Abnahme der Krankheit. *Vollkommene Heilung.*

A case of tetanus treated by the injection of Roux's antitetanic serum into the subdural space; recovery; by H. S. Collier. (Lancet May 13. 1899.)

27jähr. Kr. mit Fingerverletzung. 9 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Subakuter Verlauf. Am 5. Tage Aufnahme in das Spital. *Subcutane Injektion* von 30 ccm *antitetanischen Serums.* Am nächsten Tage *Injektion* von 10 ccm *Antitoxin in den Subduralraum der rechten Occipitalgegend.* Langsame Besserung. *Heilung.*

Un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine; mort; par le Dr. Delmas. (Presse méd. VI. 77. 1898.)

14jähr. Kr. mit complicirter Vorderarmfraktur. 7 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Akuter, schwerer Fall. Am 2. Tage *intracerebrale Antitoxininjektion.* 13 Stunden später *Tod* unter den Erscheinungen schwerster Dyspnöe; Stimmritzenkrampf u. s. w.

Un cas de tétanos traité par l'injection intra-cérébrale d'antitoxine. Guérison; par le Dr. Garnier. (Presse méd. VI. 70. 1898.)

53jähr. Kr. mit varikösen Unterschenkelgeschwüren. *Tetanische Erscheinungen,* die sich trotz *subcutaner Antitoxininjektionen* und Chloral rasch verschlimmerten. Am 5. Tage *intracerebrale Injektion* von 6 ccm *Antitoxin.* Daneben fortgesetzte subcutane Antitoxininjektionen und Chloralklystiere. Im Ganzen erhielt der Kr. 116 ccm Serum. *Heilung.*

A case of acute tetanus treated by intracerebral injections of antitoxin: recovery; by W. F. Gibb. (Brit. med. Journ. April 15. 1899.)

13jähr. Knabe mit Handverletzung; 8 Tage nach der Verletzung mussten 4 Finger wegen Gangrän amputirt werden. Erysipel. Am 17. Tage nach dem Trauma *Trismus* und *Tetanus*. Am 2. Tage *subcutane Injektion* von im Ganzen 36 ccm *Antitoxin*, sowie *intracerebrale Injektion* von je 8 (!) ccm Antitoxin in jeden Stirnlappen. Nach 3 und 8 Tagen wurden die *intracerebralen Injektionen* mit je 10, bez. 15 ccm wiederholt; nach 11 Tagen noch eine *intracerebrale Injektion* in den rechten Stirnlappen. Nebenbei wurden noch verschiedene subcutane Antitoxin-Injektionen vorgenommen. Langsame Besserung der schweren Symptome. *Heilung*. Im Ganzen wurden 71 ccm (!) intracerebral und 104 ccm Antitoxin subcutan gegeben.

Un cas de tétanos traité par l'injection intracérébrale d'antitoxine; par le Dr. Heckel et Dr. Reynès. (Presse méd. VI. 74. 1898.)

18jähr. Kr. mit ausgesprochenem *schweren traumatischen Tetanus*. *Intracerebrale Antitoxininjektion* (6 ccm). Während und gleich nach der Injektion ausserordentliche Verlangsamung von Puls und Athmung. Andauernde Verschlechterung. *Subcutane Injektion* von 20 ccm *Antitoxin*. 41 Stunden nach der intracerebralen Injektion *Tod* unter andauerndem Krampfe der gesammten Rumpfmuskulatur.

Un cas de tétanos traumatique traité par les injections intracérébrales de sérum antitétanique. Mort; par le Prof. G. Julliard. (Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 4. p. 279. Avril 1899.)

19jähr. Kr. mit Schrotschussverletzung des rechten Schenkels. Am 6. Tage *Trismus* und *Tetanus*. 18 Stunden nach den ersten Symptomen *intracerebrale Injektion* von je 2 ccm antitetanischen Serums in jeden Stirnlappen. Keinerlei Einfluss auf die tetanischen Erscheinungen. *Tod* am nächsten Tage. Die intracerebralen Injektionen hatten keine nachweisbare Verletzung der Hirnsubstanz gemacht.

Case of tetanus treated by intracerebral injection of antitoxin: recovery; by J. Lawrence and J. Hartley. (Brit. med. Journ. June 3. 1899.)

20jähr. Kr. mit Schussverletzung des Fusses; theilweise Gangrän. 8 Tage später *Trismus* und *Tetanus*. Am 2. Tage *intracerebrale Injektion* von je $2^1/_2$ ccm *antitetanischen Serums* in *jeden Stirnlappen*. Ausserdem in den nächsten Tagen *subcutane Injektionen von Tetanusantitoxin* (im Ganzen 65 ccm). Ausserdem Carbolsäureinjektionen, Morphium u. s. w. *Heilung*.

Traitement du tétanos par les injections intracérébrales d'antitoxine (méthode de Roux et Borrel); par P. Lereboullet. (Gaz. hebd. XLVI. 13. 1899.)

L. beschreibt zunächst eingehend das von Roux und Borrel auf Grund experimenteller Untersuchungen angegebene Verfahren, *Tetanuskranken das Antitoxin intracerebral zu injiciren*. Von 26 nach dieser Methode behandelten Kranken sind 18 gestorben, 8 genesen. Freilich waren die Fälle zum Theil auch ausserordentlich ungünstig, indem es sich entweder um einen ganz akuten Verlauf der Erkrankung handelte, oder aber die Injektionen erst im späteren Verlaufe der Erkrankung gemacht werden konnten. Jedenfalls verdient das Verfahren weiter geprüft zu werden, um so mehr, da es völlig unschädlich [?] zu sein scheint.

Un cas de tétanos traumatique traité par injection intracérébrale d'antitoxine. Mort; par A. Machard. (Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 2. p. 139. Févr. 1899.)

Ein 52jähr. Mann erkrankte 6 Tage nach einer Verletzung der Occipitalgegend an *Trismus* und *Tetanus*. Am nächsten Tage *subcutane Injektion* von 10 ccm *antitetanischen Serums*, sowie *doppelseitige intracerebrale Injektion von je $2^1/_2$ ccm Serum*. Am nächsten Tage noch mehrmalige *subcutane Injektionen* von im Ganzen 50 ccm Serum. *Tod* an Synkope, 75 Stunden nach der intracerebralen Injektion und 108 Stunden nach den ersten tetanischen Erscheinungen.

Fracture compliquée de l'avant-bras; septicémie de microbes variés; tétanos; mort (injection intracérébrale de sérum antitétanique); par le Dr. Nimier. (Gaz. des Hôp. LXXII. 31. 1899.)

Bei einem 21jähr. Kr. mit complicirter Vorderarmfraktur kam es zu septischer Eiterung und 18 Tage nach der Verletzung zu *Trismus* und *Tetanus*. Sofortige subcutane Injektion von 60 ccm *Antitoxin;* mehrere Stunden später *intracerebrale Injektion* von je 2 ccm Serum in die Stirnlappen; Abends nochmals subcutane Antitoxin-Injektion. Trotzdem Fortschreiten der Erkrankung. *Amputation des Oberarmes. Tod.*

(Dieser Fall ist nicht rein; der Tetanus war mit schweren septischen Erscheinungen verbunden.)

Ein Fall von Tetanus behandelt mit intracerebralen Antitoxininjektionen. Heilung; von M. L. Ombrédanne. (Presse méd. VI. Sept. 3. 1898. — Memorabilien XLI. 9. 1898.)

Ein 11jähr. Knabe hatte sich vor 9 Tagen eine Excoriation der linken Kniegegend zugezogen. Ausgesprochener *Trismus* und *Tetanus*. Am 5. Krankheittage *subcutane Injektion* von 40 ccm *antitetanischen Serums*. Keine Besserung. Deshalb an demselben Tage Abends *Injektion von je 3 ccm antitetanischen Serums in die rechte und linke Gehirnseite*, entsprechend einem Punkte, der der 2. Stirnwindung angehören dürfte. Das Serum wurde jederseits durch ein Trepanloch tropfenweise circa 3 cm tief in die Hirnsubstanz eingeführt. Zustand stationär. Am nächsten Tage *Injektion* von 20 ccm *antitetanischen Serums unter die Bauchhaut*. Langsame Besserung; *Heilung*. Das Kind hatte also im Ganzen innerhalb 36 Stunden 66 ccm antitetanischen Serums erhalten.

Un cas de tétanos traité par l'injection intracérébrale d'antitoxine; par le Dr. Robert. (Presse méd. VI. 72. 1898.)

56jähr. Kr. mit Daumenverletzung. 3 Wochen später sehr heftig einsetzender *Trismus* und *Tetanus*. 30 Stunden nach Beginn der tetanischen Erscheinungen *intracerebrale Antitoxininjektion*. Im unmittelbaren Anschlusse daran Contraktur des rechten Armes. 16 Stunden nach der Operation plötzlicher *Tod*. Beiderseits fanden sich an den *Injektionsstellen* Ekchymosen in der Dura-mater, links Oedem der Pia an der Oberfläche der motorischen Windungen. Im Gehirn selbst fand sich rechts subcortikal eine mit Blut gefüllte Höhle von der Ausdehnung einer grossen Nuss, deren Wandungen zerfetzt und mit Hämorrhagien durchsetzt waren.

The treatment of tetanus by the intracerebral injection of antitoxin; by Dr. Semple. (Brit. med. Journ. Jan. 7. 1899.)

22jähr. Kr. mit Contusion der Testikel, keine äussere Wunde. 2 Tage später *Trismus* und *Tetanus*. *Entschieden leichter Fall.* Am 2. Tage *intracerebrale Injektion von Tetanusantitoxin*, jederseits $2^1/_2$ ccm; gleichzeitig *subcutane Injektion* von 20 ccm. Letztere wurde an den beiden folgenden Tagen wiederholt. Rasche Besserung. *Heilung*.

Carbolsäurebehandlung.

Sulla attuale terapia del tetano, specialmente con le iniezioni sottocutanee di acido fenico; pel Dott. Vittorio Ascoli. (Roma 1898. 8°. 102 S.)

A. berichtet über 3 bisher noch nicht veröffentlichte Fälle von *Tetanus*, in denen die Baccelli'sche *Carbolsäurebehandlung* zur Anwendung kam (2 Kr. genasen, 1 Kr. starb).

A. hat dann weiterhin tabellarisch zusammengestellt: 47 Tetanusfälle: Behandlung mit Tizzoni's *Antitoxin* (10 Kr. starben); 33 Tetanusfälle: Behandlung nach Baccelli (1 Kr. starb); 33 Tetanusfälle: Behandlung mit Behring's Serum (13 Kr. starben).

A. kommt zu dem Schlusse, dass, auch unter Berücksichtigung aller übrigen Verhältnisse, die *subcutane Injektion von Carbolsäure nach Baccelli bedeutend bessere Resultate giebt, als die Serumtherapie des Tetanus.*

Un caso di tetano traumatico guarito col metodo Baccelli; pel B. Natoli. (Gazz. degli Osped. XX. 43. 1899. — Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 24. 1899.)

Bei der 58jähr. Frau brach der *Tetanus* 14 Tage nach erfolgter Infektion aus; die Behandlung begann 3 Tage darauf. Es wurden in 18 Tagen *175 Injektionen einer 3proc. Carbollösung* gemacht. Die geringste Dosis betrug 9 cg, die grösste 54 cg. Im Ganzen wurden 5.25 g Carbolsäure injicirt. Ausserdem Bromkalium, Chloral, Morphium. *Heilung.* Niemals Zeichen von Carbolvergiftung.

Caso di tetano guarito col metodo Baccelli; pel Dott. G. Ziengo. (Gazz. degli Osped. XIX. 121. 1898.)

52jähr. Kr. mit complicirter Fraktur des linken Vorderarmes; Wunde mit Erde beschmutzt. Genaue Desinfektion u. s. w. 14 Tage später *Trismus* und *Tetanus. Subcutane Injektionen von Carbolsäure* nach Baccelli. Mittelschwerer Verlauf. *Heilung.*

Un caso di tetano felicemente curato col metodo Baccelli; pel Dott. L. Metelli. (Supplemento al Policlinico IV. 50. 1898.)

Ancora un caso di tetano traumatico guarito colle iniezioni di acido fenico; pel Dott. G. Pieraccini. (Policlinico VI. 3. 1899.)

Deux observations de tétanos traité par l'amputation; guérison; par le Dr. Maturié. (Gaz. des Hôp. LXXI. 137. 1898.)

1) 25jähr. Frau mit exulcerirtem Enchondrom-Recidiv der Hand. Schwerer *Trismus* und *Tetanus. Amputation des Vorderarmes.* (An welchem Krankheittage?). *Heilung.*

2) 17jähr. Kr. mit Explosionverletzung der Hand. 20 Tage später *Trismus* und *Tetanus.* Chloralhydrat, Baccelli'sche Injektionen. Trotzdem fortschreitende Verschlechterung. *Vorderarm-Amputation. Heilung.*

A case of tetanus; early amputation, recovery; by Dr. W. N. Clemmey. (Lancet Mai 28. 1898.)

29jähr. Kr. mit Communitivfraktur der Fusswurzel; Vereiterung. *Trismus* und *Tetanus.* Rasche *Amputation* des Fusses, auf die eine kurz anhaltende Steigerung aller Symptome folgte. Besserung, schliesslich vollkommene *Heilung.*

A contribution to the study of tetanus; by Dr. J. Y. Gonzalez. (New York med. Journ. 10. 1898.)

Schussfraktur der Tibia. *Tetanische Krämpfe,* die auf die verletzte Extremität und auf die Bauchmuskeln beschränkt blieben. Sehr langsamer Verlauf. *Heilung.*

Case of cephalic tetanus treated with antitetanic serum: recovery; by H. G. Hale. (Brit. med. Journ. July 9. 1898.)

30jähr. Mann mit oberflächlicher Verletzung des Nasenrückens. 13 Tage später erste Symptome von *Trismus* und *Tetanus; subakuter Verlauf.* Linkseitige Ptosis; rechtseitige Facialislähmung. Schluckbeschwerden, Opisthotonus. Injektion von 210 ccm *Antitoxin. Heilung.*

A case of cephalic tetanus; by Garry de N. Hough. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIX. 23. 1898.)

Kr. mit kleiner Nasenwunde. Ganz *akuter Trismus* und *Tetanus,* der sich hauptsächlich im Nacken lokalisirte. Schluckbeschwerden. *Tod.*

Ein Fall von Rose'schem Kopftetanus; von Dr. Schmidt. (Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 1. 1899.)

Kanonier mit Quetschwunde der rechten Schläfengegend. Heilung nach 14 Tagen. Mehrere Tage später *Trismus* und *rechtseitige Facialislähmung.* Schwierigkeit im Schlingen und Schlucken. Bromkalium; später Morphium und Chloralhydrat. *Heilung.*

Ein Fall von Wundstarrkrampf aus seltener Ursache; von Dr. Bandisch. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 31. 1898.)

Ein ca. 50jähr. Gärtner litt schon seit Jahren an cariösen Zähnen und war gewohnt, mittels eines Holzsplitters sich die Speisereste aus den hohlen Zähnen zu entfernen. Hatte er einmal Zahnschmerzen, so bestand das dagegen von ihm angewandte Mittel darin, dass er so lange mit einem Splitter im schmerzenden Zahne herumbohrte, bis Blut floss. Der Schmerz soll dann in der Regel nachgelassen haben. 1 Woche nach einer derartigen Manipulation erkrankte Pat. an typischem *Trismus* und *Tetanus.* Wahrscheinlich hatten dem als Zahnstocher benutzten Holzsplitter Theile von Gartenerde angehaftet. Extraktion des inficirten Zahnes in Chloroformnarkose. Rascher Nachlass der stürmischen Krankheiterscheinungen. *Heilung.*

Zur Aufklärung der Fälle von Tetanus nach Bauchoperationen; von Dr. E. Koch. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLVIII. 4. p. 417. 1898.)

Bei einer 42jähr. Kr. wurde wegen grosser Uterusmyome die supravaginale Amputatio uteri mit Entfernung der Adnexe bei extraperitonäaler Stielversorgung vorgenommen. 6 Tage nach der Operation ausgesprochener *Trismus* und *Tetanus. Tod* 40 Stunden später. Der Stumpf erschien reaktionlos bis auf einen lokalisirten, circa haselnussgrossen Abscess, in dessen Centrum sich ein dicker, eben in Lösung befindlicher Catgutknoten befand. Theile dieses Knotens wurden 2 Mäusen eingeimpft, beide erkrankten an Tetanus. K. hält in seinem Falle, ebenso wie in mehreren anderen in der Literatur mitgetheilten Beobachtungen (Meinert) den *Catgutfaden für den Infektionträger.* Das Catgut war durch Kochen sterilisirt und in Juniperusöl aufbewahrt worden.

Ein Fall von Tetanus puerperalis, nebst einem Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Tetanusinfektionen; von Dr. W. Kühnau. (Berl. klin. Wochenschr. XXXV. 28. 29. 1898.)

K. giebt zunächst einen kurzen historischen Ueberblick über die Lehre vom *Puerperaltetanus* und hebt hervor, dass dieser nach Art des puerperalen Infektionmodus wohl stets eine Mischinfektionen darstellt. Reininfektionen scheinen zu den grössten Seltenheiten zu gehören. Der Nachweis des Tetanusbacillus im puerperalen Endometrium ist bis jetzt nur in einigen wenigen Fällen (3mal unter 24 Beobachtungen) erbracht worden.

K. theilt dann aus der Breslauer med. Klinik einen Fall von *Puerperaltetanus* mit, der eine 42jähr. Frau 10 Tage nach einer normalen Entbindung betraf. Die Geburt hatte ohne ärztliche Hülfe und angeblich auch ohne Untersuchung von Seiten einer Hebamme stattgefunden; dagegen hatte sich die Kr. am 6. Tage selbst eine Scheidenausspülung gemacht. Der innerhalb weniger Tage tödtlich endende Tetanus war klinisch ausgezeichnet durch das Hervortreten tetanischer Erscheinungen im Bereiche der Schlund- und Kehlkopfmuskulatur. Die Kr. starb an spastischem Glottisverschlusse während der Vorbereitung zur Antitoxininjektion. In dem intra vitam entnommenen Lochialsekrete fand sich eine ganze Anzahl verschiedener Bacillen und Kokken; der Nachweis des Tetanusbacillus in den Lochien gelang weder durch die Cultur, noch durch das Thierexperiment. Dagegen fand sich der Tetanusbacillus, ebenfalls mit verschiedenen anderen Bakterien zusammen in den unmittelbar nach dem Tode entnommenen Partien des Endometrium. Die Verimpfung von Staub, Dielenritzenerde, Dielensplittern, Stroh aus der Bettstatt aus der Wohnung der Verstorbenen erzeugte bei den Mäusen und Meerschweinchen regelmässig Tetanus.

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

V. Ueber Franz Joseph Gall.[1])

Von P. J. Möbius.

II. Psychologisches.

Vielleicht würde Gall damit unzufrieden sein, dass hier die Zusammenfassung, die er als philosophie de l'homme an das Ende seines Werkes gestellt hat, vorangestellt wird. Er würde sagen: Ich bin ein Mann der Thatsachen, mit ihnen beginne ich, sie allein sind meine Grundlage und auf sie allein kommt es mir an; die Theorie leite ich zwar aus ihnen ab, aber sie darf nicht das Erste sein. Hier jedoch kommt es darauf an, den Leser in Gall's Gedanken einzuführen und ihm den Ueberblick zu erleichtern. Deshalb mache ich mit den Folgerungen den Anfang. —

Man muss bei der geistigen Thätigkeit unterscheiden zwischen Grundkräften (forces fondamentales) und allgemeinen Attributen (attributs généraux). Jene sind das Eigenthümliche, diese das Gemeinsame, oder jede Grundkraft hat die allgemeinen Attribute, wirkt in der Form dieser. Die Philosophen haben sich immer nur an die Attribute gehalten, sie sprechen von Verstand und Wille, oder von Aufmerksamkeit, Gedächtniss, Urtheilskraft, Einbildungskraft, Begehrungsvermögen, oder von Instinkt, Neigung, Leidenschaft u. s. w. Nach Gall's Ansicht sind die „Seelenvermögen" nichts für sich, sondern die Art und Weise, wie sich die Grundkräfte, d. i. die Triebe, kundgeben.

Die Naturkundigen haben zunächst die allgemeinen Eigenschaften der Körper untersucht: Ausdehnung, Undurchdringlichkeit, anziehende und abstossende Kraft u. s. w. Hätten sie sich mit diesem Studium begnügt, so wäre die Naturwissenschaft sehr beschränkt, denn Luft, Wasser, Metalle, Pflanzen, Thiere, alle haben die allgemeinen Eigenschaften der Materie. Man musste also auf die besonderen Eigenschaften achten und die Körper nach Klassen abtheilen. Hätte man sich wieder nur an das gehalten, was allen Metallen, allen Pflanzen u. s. w. gemein ist, so wäre man auch nicht weit gekommen. Vielmehr musste man das eine Metall vom anderen, die eine Pflanze von der anderen unterscheiden, man musste nicht nur Land- und Wasserthiere, sondern Würmer, Insekten, Fische, Reptilien und Amphibien, Vögel und Säugethiere trennen. In eben dem Grade, als man sich von den allgemeinen Eigenschaften entfernte und auf die Eigenthümlichkeit der einzelnen Erscheinungen einging, ebenso näherte man sich einer positiven Naturerkenntniss und im gleichen Grade wurde der Nutzen unserer Kenntnisse grösser. Gerade so wenig, wie sich der Naturforscher mit der Mechanik begnügen darf, darf sich der Psycholog auf die Betrachtung der allgemeinen Formen der Geistesthätigkeit beschränken. Wo Gehirn, geistige Thätigkeit, Bewusstsein ist, da ist Aufnehmen, Empfinden, Wahrnehmen, Vorstellen, Erinnern, Zuneigung, Abneigung, Streben, Fliehen, Leidenschaft. Aber es ist Thorheit, zu glauben, dass damit die Sache erledigt sei. Es genügt uns nicht, zu wissen, dass die Nerven sensibel sind, erst dadurch, dass wir erkennen, dass jeder Nerv nur bestimmte Eindrücke aufnimmt, dass es nicht Einen, sondern wenigstens 5 Sinne giebt, gewinnen wir die richtige Einsicht. Ebenso handelt es sich bei den geistigen Thätigkeiten nie um ein Erinnern oder Wollen überhaupt, sondern um eine bestimmte Art von Gedächtniss, um bestimmte Triebe. Die Thiere haben nicht geistige Fähigkeiten überhaupt, sondern bestimmte Fähigkeiten, die bald allen, bald nur bestimmten Arten eigen und auch bei den Individuen verschieden sind. Alle Thiere haben Geschlechtstrieb, aber er zeigt sich in wechselnder Form, die Schwalbe, der Storch, der Fuchs sind z. B. monogamisch, der Hund, der Hengst, der Hirsch nicht. Manche Thiere sind zärtliche Eltern, manche nicht. Der starke furchtlose Stier ist nicht blutgierig wie das Wiesel. Die einen leben einsam, die anderen in Heerden, wieder andere in Staaten. Der Hund ist klug, aber kann nicht singen wie die Nachtigall oder bauen wie der Biber. U. s. f. Bei den Menschen finden wir den grössten Wechsel der Begabung. Gall unterscheidet z. B. Ortsinn, Zahlensinn, Tonsinn, Farbensinn. Wer ausgeprägten Ortsinn hat, fasst räumliche Beziehungen rasch und leicht auf, erinnert sich an sie, findet sich überall zurecht, kann sich ein Bild der Verhältnisse im Raume machen. Er hat also ein Orts-

[1]) Fortsetzung; vgl. Jahrbb. CCLXII. p. 260.

gedächtniss. Ein Anderer mit musikalischer Anlage hat ein Tongedächtniss, der Mathematiker hat ein Zahlengedächtniss, der Maler ein Farbengedächtniss. Es giebt also für jene vier Grundkräfte vier verschiedene Arten der Wahrnehmung und vier Gedächtnisse. Keiner hat Gedächtniss überhaupt, sondern nur Gedächtniss für bestimmte Wahrnehmungen und je nach der Grundkraft hat er bald ein gutes, bald ein schlechtes Gedächtniss. Ist die Grundkraft schwach oder fehlt sie, so sind auch die Attribute schwach oder sie fehlen. Der Hund mit vorzüglichem Ortsinne entbehrt das musikalische Verständniss ganz, dem Maler sind vielleicht mathematische Verhältnisse ein Greuel und ein Buch mit sieben Siegeln und dem Mathematiker sind die schönsten Bilder ganz egal. Mit der Grundkraft schwinden Verständniss, Gedächtniss, Neigung. Wäre z. B. die Aufmerksamkeit (la faculté apperceptive) eine Grundkraft, so hätte man sie oder man hätte sie nicht. Die Natur zeigt, dass es nicht so ist. Jeder widmet seine Aufmerksamkeit Dem, was ihn interessirt, die Apperception geschlechtlicher Beziehungen z. B. kann vorzüglich sein trotz schwacher Entwickelung der geistigen Fähigkeiten im Uebrigen. Auch der gebildete Mensch ermüdet rasch, wenn er auf Dinge aufmerksam sein soll, die ausser seiner Sphäre liegen, während ein Jeder ohne Mühe sich den Dingen widmet, für die ihn seine Grundkräfte geeignet machen. Vaucanson richtete seine Aufmerksamkeit als Kind auf das Räderwerk einer Uhr, das einem Musiker oder Dichter mit grauen Haaren gleichgültig und unverständlich wäre. Eine Kokette blickt mit ganzer Seele auf einen Modeladen, geht aber achtlos an der schönsten wissenschaftlichen Sammlung vorüber. Aehnlich ist es mit der Urtheilskraft. Derselbe Mensch urtheilt sicher und rasch über bestimmte Gegenstände, ist anderen gegenüber beinahe schwachsinnig. Ein Fuchs kann über Musik nicht urtheilen, beurtheilt aber mit bewunderungswürdiger Schärfe die Mittel, der Schlinge zu entgehen oder die Beute zu erwischen. Der Biber versteht nichts von Zahlen, aber er richtet seinen Bau mit sicherem Urtheil auf und berücksichtigt selbst das Steigen, Fallen des Flusses. Kurz, sofern es irgend ein Talent, eine bestimmte Befähigung giebt, sind mit ihr Perception, Aufmerksamkeit, Urtheil, Erinnerung, Einbildungskraft gegeben. Was von den intellektuellen Attributen gilt, das gilt auch von den moralischen. Begehren, Neigung, Leidenschaft sind nur Grade bestimmter Triebe. Je nach dem Grade, in dem im Individuum ein Trieb entwickelt ist, verlangt es nach bestimmten Dingen gar nicht, schwach, lebhaft, mit heisser Gier. Alle Formen des Verlangens sind nur an und mit einer Grundkraft möglich. Wenn ein Mensch für Musik oder für Mechanik oder für Spachen schwach begabt ist, so sind ihm diese Dinge gleichgültig. Ist seine Begabung grösser, so findet er an ihnen Vergnügen, fühlt sich zu ihnen hingezogen. Ist ein Talent in hohem Grade vorhanden, so findet der Mensch nur in ihm sein Glück, ist verstimmt, unglücklich, wenn er seiner Neigung nicht folgen kann. Niemand ist nach jeder Richtung hin leidenschaftlich, was doch der Fall sein müsste, wenn es eine Leidenschaft an sich gäbe. Auch die Affekte, Freude, Zorn, Schreck, Traurigkeit u. s. w., gehören zu den allgemeinen Attributen, sie zeigen an, dass eine oder mehrere Grundkräfte durch bestimmte Einwirkungen modificirt werden.

Gall wird nicht müde, gegen „die Metaphysiker“ zu eifern, die von allgemeinen Begriffen ausgehen, die nur den Verstand, die Vernunft, das Gedächtniss, die Einbildungskraft, den Willen im Allgemeinen kennen. „Denken, sagen die Ideologen, ist empfinden; sich erinnern, urtheilen, alles ist nur empfinden.“ Dieses Spielen mit allgemeinen Begriffen führt nie zur Wirklichkeit. Allein von der Beobachtung hat man auszugehen und der Psycholog darf nicht anders verfahren als der Naturforscher überhaupt. Wir werden nicht eher zu wahrhafter Einsicht kommen, ehe die Psychologen nicht die naturwissenschaftliche Methode angenommen haben. „Warum verwerfen aber gerade die, die so stolz auf ihre metaphysischen Bestrebungen sind, die das Ergebniss ihrer Spekulationen mit solcher Zuversicht als bewiesene Wahrheit verkünden und ihre Begriffe für um so zuverlässiger halten, je allgemeiner sie sind, d. h. je weniger sie auf besondere Fälle, auf einzelne Thatsachen anwendbar sind, warum verwerfen sie unsere Methode? Wahrscheinlich deshalb, weil ihre Methode die Philosophen nicht zu Beobachtungen verpflichtet, weil sie das Feld dem Vernünfteln und den Sophismen frei lässt, weil mit dieser Methode jeder Metaphysiker rasch und leicht ein eigenes System errichten und Haupt einer Sekte werden kann.“

Ein besonderes Capitel widmet Gall dem Instinkt. Das Thier wird durch den Instinkt getrieben, der Mensch handelt unter der Leitung der Vernunft, so reden die Philosophen. Der Instinkt ist ein Trieb, der von Ueberlegung und Willkür unabhängig ist: ein Wesen fühlt sich zu bestimmten Handlungen getrieben, ohne dass es von den Mitteln, noch von dem Zwecke eine deutliche Vorstellung hätte. Giebt es nur einen Instinkt oder so viele Instinkte, als es Grundkräfte giebt? Wäre der Instinkt eine allgemeine Kraft, wie die Philosophen meinen, so müssten alle Thiere dasselbe thun. Warum webt denn die Spinne ein Netz und tödtet Fliegen, während die Arbeiterbiene sechseckige Zellen baut, nicht tödtet und für die Kleinen sorgt ohne Geschlechtstrieb. Warum kümmern sich jene Vögel sorgfältig um ihre Brut, während der Kukuk es nicht thut. Warum baut der Biber, singt aber nicht und jagt nicht, während der Hund jagt, aber nicht baut. Die Wachtel lebt nicht in der Ehe, pflegt aber die Kleinen und wandert, das

Rebhuhn lebt in der Ehe, pflegt die Kleinen, wandert aber nicht. Der Fuchs und das Kaninchen graben Höhlen, der Wolf und der Hase nicht. U. s. f. In Wirklichkeit bezeichnet das Wort Instinkt nur die Thätigkeit einer Grundkraft, nicht ein unfassbares Etwas im Hintergrunde. Die Begattung, die Liebe zu den Kleinen, die Freundschaft, der Trieb zum gemeinsamen Leben oder zur Einsamkeit, der Kampfmuth und die Vorsicht, die Neigung zu dieser oder jener Nahrung, der Wandertrieb und die Neigung zu bestimmten Oertern, der Singtrieb, der Bautrieb sind Grundkräfte. Man darf daher nur von bestimmten Instinkten reden, was dann nichts anderes besagt als Forces fondamentales.

Die Behauptung, dass der Instinkt schlechtweg blind sei, ist nicht zu halten. Wäre sie richtig, so müssten die Thiere immer in gleicher Weise handeln. Sie thun es aber nicht, sondern sie passen sich den Umständen an. Gall führt auch hier zahlreiche Beispiele an, die ihn als erfahrenen Thierkenner zeigen, das Verhalten des Wolfes und des Fuchses gegen den Menschen und seine Einrichtungen, allerhand Jagderfahrungen, die Dressur u. s. f. Die Thiere lernen und bilden sich bis zu einem gewissen Punkte genau wie der Mensch. Sie haben mithin nicht nur Instinkt, sondern auch Verstand oder Vernunft, ihr Handeln ist z. Th. unwillkürlich, z. Th. willkürlich.

Andererseits muss man fragen, handelt auch der Mensch aus Instinkt oder gehorcht er nur der Vernunft? Schafft er seine Neigungen oder sind diese eben so unwillkürlich wie bei den Thieren? Gall meint nicht die automatischen Bewegungen, die manche Autoren mit dem Instinkt zusammenwerfen, z. B. das Zurückweichen bei Gefahr, das Ausstrecken der Hände beim Fallen, sondern bestimmte Triebe mit bestimmten Zielen. Er begreift nicht, wie man am Vorhandensein der Instinkte im Menschen zweifeln könne. „Ich kann nicht sagen, auf welchen Grad von Unwissenheit sich die Behauptungen jener hochmüthigen Philosophie gründen, die sich untersteht, den Menschen allen im Thierreiche geltenden Gesetzen zu entziehen.“ Wenn der Mensch die Geschlechtsliebe empfindet, wenn er seine Kinder liebt, wenn er sich und die Seinigen gegen die Feinde vertheidigt, wenn er stolz, eitel, wohlwollend, grausam, habsüchtig, hinterlistig, vorsichtig ist, so handelt er genau so instinktmässig wie die Thiere. Ebenso verfährt der Intellekt ohne Reflexion und gerade da, wo einzelne Fähigkeiten besonders entwickelt sind, beim Genie, ist es am deutlichsten, dass es sich um Instinkte handelt. Unwillkürlich, ohne besondere Absicht, gezwungen thut der Mensch das, wozu ihn seine Anlage treibt, und der Zwang ist um so stärker, je genialer der Mensch ist. Voltaire sagt: Man muss gestehen, dass bei den Werken des Genies alles Wirkung des Instinktes ist.

Der Unterschied zwischen den Menschen und den Thieren besteht nur darin, dass jene hinterher über ihre Handlungen und Triebe reflektiren können und mit der Zeit lernen, sich vernünftigen Erwägungen zu unterwerfen. Nicht im Wesen, sondern gradweise ist der Mensch vom Thiere verschieden.

Ueber die Motive menschlicher Handlungen sind die Philosophen ebenfalls im Irrthume, wenn sie annehmen, dass die Eigenliebe oder das Streben, sein Sein zu bewahren, allen Handlungen zu Grunde liege, dass die Willkür Alles mache. Es ist ersichtlich, dass es so viel Arten von Motiven geben muss, als es Grundkräfte giebt. Auch hier ist die Vergleichung zwischen Menschen und Thieren vom grössten Nutzen. Die Handlungen der Thiere sind einfach, klar, jeder Missdeutung entzogen, die der Menschen sind dagegen fast immer mehr oder weniger verwickelt, der Art, dass sogar der Handelnde selbst sein wahres Motiv oft nicht kennt. Die wichtigsten Triebe der Thiere sind der Geschlechtstrieb, die Liebe zu den Jungen, die Neigung zu den Artgenossen, der Kampftrieb, das Verlangen nach Eigenthum u. s. f.; Neid, Eifersucht, Hass, Zorn, Grausamkeit, Gutmüthigkeit treiben zum Handeln. Welcher vernünftige Mensch würde die Sache damit für erledigt halten, dass man sagte, die Handlungen der Thiere entstehen aus Eigenliebe oder aus dem Wunsche, ihre Art zu bewahren? Nun haben die Menschen dieselben Triebe wie die Thiere, ihre Motive müssen daher ebenso vielfältig sein. Der Mensch hat Grundkräfte, die das Thier nicht hat, die Beziehungen zwischen seinen Trieben sind viel reicher und verwickelter als beim Thiere und trotzdem glauben die Philosophen, die menschlichen Motive mit ein paar öden allgemeinen Begriffen abzuthun!

„Die Vernunft verhält sich zum Intellekt wie die Willkür zum Triebe.“ Es giebt eben so viel Intellekte und Triebe, als es Instinkte oder Organe giebt, aber es giebt nur Eine Vernunft und Eine Willkür, denn diese sind nicht das Ergebniss Eines Instinktes, sondern sie setzen das Zusammenarbeiten, die Beziehungen der verschiedenen Grundkräfte zu einander voraus. Es giebt so viel Neigungen und Verlangen wie Grundkräfte, aber erst aus dem Kampfe dieser und dem Vergleichen und Abwägen der Motive geht die Willensentschliessung hervor. In dem Grade, in dem die höheren, nur dem Menschen eigenen Grundkräfte entwickelt sind, in eben dem Grade wird er freier, gewinnt die Willkür, d. h. das vernünftige Wollen, die Herrschaft über die den einzelnen Instinkten entsprechenden Strebungen, tritt an Stelle des triebmässigen Handelns auf ein anschauliches Motiv hin, das vernunftmässige Handeln aus der Abwägung der nicht nur durch Anschauung, sondern durch Ueberlegung gegebenen Motive. Durch die Vernunft unterscheidet sich eigentlich der Mensch vom Thiere, denn der Intellekt ist beiden bis zu einem gewissen Punkte gemeinsam. Freilich spielt auch bei der Mehrzahl der Menschen die Vernunft nicht die erste Rolle. —

An den verschiedensten Stellen kommt Gall auf die Selbständigkeit der einzelnen Instinkte, auf die Parallele zwischen den thierischen und den menschlichen Anlagen zurück. Die bisher im Auszuge wiedergegebenen allgemeinen Auseinandersetzungen bilden den Schluss seines Werkes. Er eröffnet es aber mit einer langen, wirklich ganz vortrefflichen Abhandlung über den Satz: „dass alle Fähigkeiten und Neigungen angeboren sind". Wenn es auch ohne Wiederholungen nicht abgehen kann, so will ich doch Einiges daraus wiedergeben. Um Gall's Verdienste recht zu würdigen, muss man sich daran erinnern, welche Meinungen zu seiner Zeit beliebt waren, dass der sensualistische Unsinn obenauf war, dass mit Emphase gelehrt wurde, der Mensch komme als unbeschriebenes Blatt zur Welt, die Erziehung „bilde" den Menschen erst, der Charakter hänge von der Umgebung und den persönlichen Erfahrungen ab u. s. f. Müssen wir doch noch heutzutage von den „Empiristen" Manches ausstehen.

Die junge Spinne webt ihr Netz, der junge Ameisenlöwe gräbt die trichterförmige Grube in den Sand, die zum ersten Male ausgeflogene Biene findet den Stock wieder, das eben aus dem Ei gekrochene Hühnchen pickt mit wunderbarer Geschicklichkeit Getreidekörner auf und frisst Insekten, die junge Schildkröte, an der noch Eierstücke kleben, kriecht direkt zum nächsten Wasser, das neugeborene Kind presst die Brust der Mutter mit den Händen und saugt, ebenso wie das Kalb und der junge Hund, der mit den Füsschen die Zitzen der Alten tritt. Alle diese Wesen handeln so, nicht weil sie sich überlegt haben, dass ihr Verfahren zu ihrer Erhaltung nöthig ist, sondern weil die Natur ihren Bedürfnissen zuvorgekommen ist und ihnen ihre Triebe mit auf den Weg gegeben hat. Nirgends ist Gewohnheit, Belehrung, Erfahrung. Die Thiere mit Kunsttrieben bauen ihre Wohnung, spinnen ihr Gewebe u. s. w. ohne Unterricht. Alle Thiere wissen ohne Weiteres, was ihre Nahrung ist, die Biene fliegt sofort zur Blüthe, das Schwein frisst gierig die erste Eichel, die es findet, die Raupe kennt das ihr zusagende Laub. Was schädlich ist, das meiden die Thiere, ehe sie es kennen. Der Affe beisst der Giftschlange den Kopf ab, ehe er sie frisst [? *Ref.*], die Kuh lässt das giftige Kraut stehen. Das Eichhörnchen öffnet die Nuss an der Spitze und bearbeitet den Tannenzapfen von unten. Der Hamster sammelt Vorräthe, der Hund und der Rabe verbergen die überflüssige Nahrung. Der Jagdhund jagt ohne Unterricht. Das Frettchen, das in einem Kasten mit Milch aufgezogen worden ist, geräth beim ersten Anblicke eines Kaninchens in Wuth und dieses erkennt beim ersten Male seinen Todfeind. Kämen die Thiere ohne ihre fertigen Instinkte zur Welt, so gingen sie einfach zu Grunde. Nicht Sinneswahrnehmungen, nicht angeborene Vorstellungen, nicht Reflexion, noch Unterricht können den Instinkt ersetzen. Ebenso wie die Fähigkeiten, sind die Affekte angeboren. Befriedigung und Unzufriedenheit, Vergnügen und Schmerz, Freude und Traurigkeit, Kummer, Furcht, Scham, Eifersucht, Zorn u. s. w. sind eben so viel innere Zustände, die Thier und Mensch nicht machen, die sie empfinden, ohne vorher daran gedacht zu haben. Die Affekte entstehen je nach der angeborenen Anlage ohne alle Willkür, sie sind das erste Mal so bestimmt, so stark, so lebhaft wie nach häufiger Wiederholung. Haben die inneren Zustände eine gewisse Stärke, so sind sie mit bestimmten Bewegungen verknüpft, die ebenso unwillkürlich wie jene sind und immer bestimmten Zwecken entsprechen. Man zieht das Glied zurück, man bückt sich bei gewissen Gefahren, ohne zu denken. Der Säugling schreit, wenn er Hunger hat, ohne zu wissen, dass er dadurch die Mutter herbeiruft, und ebenso schreien die noch blinden jungen Hunde nach der Mutter.

Wenn der Mensch anfängt, über das, was er fühlt und thut, zu denken, dann glaubt er, er bringe seine Fähigkeiten hervor. Vor solchen Irrthümern schützt am besten die Beobachtung des Thierlebens. Dass die Instinkte der Thiere angeboren sind, das kann kein Verständiger bezweifeln. Beobachtet er aber, dass die Triebe des Menschen zum Theil ganz dieselben sind wie die der Thiere, dass gerade das Wesentliche hier nicht anders ist als dort, so kann er nicht annehmen, dass die menschlichen Eigenschaften einen ganz anderen Ursprung haben als die thierischen. Freilich hat der Mensch Fähigkeiten, die die Thiere nicht haben, aber er hat auch Hirntheile, die die Thiere nicht haben. Wenn wir sehen, wie der Mensch Begriffe bildet und Schlüsse zieht, wie er die Gesetze der Natur erkennt, die Oberfläche der Erde erforscht, Sonnen- und Mondfinsternisse berechnet, seine Gedanken zu dem Göttlichen erhebt, so müssen wir nicht glauben, diese Fähigkeiten habe er erfunden, oder sie seien das Werk zufälliger Umstände. Dem Menschen ist sein Thun vorgeschrieben wie den Thieren und wie diese handelt er nur seiner angeborenen Organisation gemäss.

In wunderlicher Weise hat man die Bedeutung der Sinne überschätzt. Die Sinnesempfindungen können keinerlei Fähigkeit, oder Trieb, oder Gefühl, keinerlei intellektuelle oder moralische Leistung hervorbringen. Die Vorzüglichkeit der Sinne steht mit der der geistigen Fähigkeiten nicht in geradem Verhältnisse. Der Mensch hat durchaus nicht feinere Sinne als die Thiere [1]). Einem scharfen Gehör brauchen z. B. musikalische Fähigkeiten und Sprachvermögen nicht zu entsprechen. Jedem Sinne entspricht eine besondere Welt und je mehr Sinne ein Wesen hat, um so reicher ist seine Welt.

---

1) Gall macht die interessante Bemerkung, der Geruch sei der erste Sinn. Er gestatte die Orientirung im Raume (c'est le premier sens, qui donne déjà à l'homme et aux animaux l'idée de distance).

Aber die Sinne sind nur die Thüren, durch die die Wahrnehmungen eintreten, wäre kein Haus da, was nützten die Thüren? Eingehend wird der Tastsinn besprochen und wird die Behauptung Condillac's zurückgewiesen, erst der Tastsinn ermögliche die Raumwahrnehmung und die Beziehung unserer Empfindungen auf äussere Gegenstände. Die Hand dient dem Menschen nur deshalb, weil er das entsprechende Gehirn dazu hat. Ich übergehe diese Erörterung und die Bekämpfung der Sensualisten überhaupt. Das Wesentliche ist, dass es überall auf die Gehirnthätigkeit ankommt, dass ohne diese keine Erkenntniss trotz aller Sinne möglich wäre.

Auch die langen Erörterungen über die Ueberschätzung der Erziehung, des Klimas, der Umstände des individuellen Lebens überhaupt muss ich übergehen. Am interessantesten sind die vielen Beispiele, die Gall's ausgedehnte Kenntnisse in der Natur- und Menschen-Geschichte darthun.

Nur hinweisen kann ich auf die lichtvollen Erörterungen Gall's über seine Stellung zum Materialismus und über die Freiheit. Er bespricht diese Dinge und besonders die Freiheitfrage sehr ausführlich, weil er von den Behörden einerseits, von den Gelehrten andererseits als Materialist und Fatalist bekämpft wurde. Die wirklich vorhandene Freiheit fasst er als psychologische, d. h. als die Möglichkeit des gesunden Menschen, sich verschiedene Motive vorzuhalten und damit dem Zwange der Umstände in gewissem Grade zu entgehen. Die Motive sind theils durch die inneren, theils durch die äusseren Umstände gegeben. Beide muss der zu erkennen suchen, der die Menschen leiten will. In erster Linie bedürfen sowohl der Erzieher, als der Gesetzgeber und die Regierenden einer tiefen Kenntniss der menschlichen Natur im gesunden und im kranken Zustande. Nicht auf allgemeine Begriffe, sondern auf die Beobachtung der Wirklichkeit müssen Vorschriften und Einrichtungen begründet sein. Schematisch kann man die Menschen in 6 Gruppen bringen: 1) solche, bei denen die eigentlich menschlichen, höheren Fähigkeiten gut entwickelt sind, die demnach vernünftig, besonnen, wahrhaft und gerecht sind, 2) solche, bei denen die thierischen Instinkte stark, die höheren Fähigkeiten schwach sind, die demnach beschränkt, sinnlich, leidenschaftlich, 3) solche, bei denen alle Triebe, niedere und höhere, stark sind, die demnach bald im Guten, bald im Bösen ausgezeichnet sind, Kraftmenschen mit inneren Widersprüchen, Zweiseelenmenschen, 4) solche, bei denen nur ein Trieb, ein Talent, oder ein paar stark sind, während die übrigen mittelmässig oder unter dem Mittelmaasse bleiben, die demnach als Genies, als einseitige Talentmänner oder als Menschen mit einzelnen starken Leidenschaften erscheinen, 5) solche, bei denen einzelne Fähigkeiten schwach oder fast gar nicht entwickelt sind, die meisten aber eine beträchtliche Höhe erreichen, die demnach als Lückenmenschen, als tüchtige Leute mit umschriebenem Mangel an Verständniss oder Neigung auftreten, 6) solche, bei denen alle Triebe, untere und obere, schwach oder mittelmässig sind, die demnach die grosse Masse, den Durchschnittmenschen darstellen. Auf alle diese Unterschiede nehmen Gesellschaft und Gesetz gar keine Rücksicht. Die Juristen und die Moralisten reden immer nur vom Willen schlechtweg, als ob es ein solches Wesen gäbe, das unabhängig von der Organisation, vom Geschlecht, vom Alter u. s. w. wäre. Höchstens bei dem unmündigen Alter macht man eine Ausnahme. Handelt der Mensch böse, so hat er so gewollt, aber an die Unterschiede der Triebe und Fähigkeiten, die Verschiedenheit der äusseren, wie der inneren Umstände denkt man nicht. Die Vergehen und die Verbrechen werden als Dinge an sich betrachtet. Das Gesetz sagt, diese und diese Handlungen sind strafbar, wir bestimmen dafür diese und diese Strafe, und damit sind wir fertig. Die Strafe bleibt dieselbe, mag das betroffene Individuum so oder so beschaffen sein. Wohl spricht man von mildernden oder erschwerenden Umständen, aber man sucht sie hauptsächlich in den äusseren Bedingungen und lässt ihren Einfluss am Wesen der Sache nicht viel ändern. Will man die mangelhafte Gesetzgebung auf die natürlichen Grundsätze hinweisen, indem man zeigt, dass alle Triebe angeboren sind, und dass es nicht vom Belieben des Menschen abhängt, diese oder jene mehr oder weniger herrschende Neigung zu haben oder nicht zu haben, wie er auch nicht dieses oder jenes Talent sich schaffen kann, dass die Handlungen in der Hauptsache von der Stärke der angeborenen Triebe abhängen, dann heisst es, seht da den Fatalisten, der alle Verbrecher entschuldigen und straflos machen möchte. In Wirklichkeit führt gerade die Erkenntniss der wahren menschlichen Natur dahin, eine strenge Erziehung und ein strenges Recht zu fordern. Denn es ist ersichtlich, dass der natürliche Mensch, sich selbst überlassen, gewöhnlich weder die genügende Zahl an Motiven, noch hinreichend starke Motive in sich finden wird, um das Unrecht, die Schädigung der Anderen zu vermeiden. Weil mächtige Triebe und Leidenschaften den Menschen beherrschen, müssen Sitte und Gesetz mächtige Motive aufstellen, die ihn vom Bösen zurückhalten und zum Guten treiben. Weil aber die moralische Freiheit sehr verschiedene Grade hat, weil Keiner ganz und in allen Beziehungen frei ist, deshalb ist die Zurechnungsfähigkeit (la culpabilité intérieure) nie ganz vorhanden und in sehr verschiedenem Grade vorhanden. Dieselbe Handlung ist für den einen indifferent, für den anderen schuldvoll, verdient bald strenge Strafe, bald Mitleid. Um den Grad der culpabilité intérieure recht zu bestimmen, müsste man sehr viel wissen, den Einfluss von Alter, Geschlecht, Krankheit, Lebenslage u. s. w. Wer weiss alles, dass er ein gerechtes Urtheil fällen könnte? Die Gerechtigkeit

ist Gottes Sache; ein verständiger Gesetzgeber sollte sich nicht einbilden, dass er die Gerechtigkeit verwirkliche. Er sollte als das allein erreichbare Ziel das Wohl der Gesellschaft betrachten. Die Aufgabe wäre, *Vergehen und Verbrechen zu verhüten, die Uebelthäter zu bessern (corriger), soweit sie aber nicht verbesserlich sind, die Gesellschaft vor ihnen zu schützen.*

Wie bei Beurtheilung der Strafthat, so ist auch bei Bemessung der Strafe die Individualität des Thäters in erster Linie zu berücksichtigen. Die Gleichheit vor dem Gesetze ist die grösste Ungerechtigkeit, denn was für den einen gleichgiltig, vielleicht sogar Wohlthat ist, das ist für den anderen schwere Strafe. Ich übergehe die Erörterungen über das Strafwesen und das Gefängnisswesen insbesondere, hebe nur noch hervor, dass Gall streng unterscheidet zwischen den eigentlichen Verbrechern und jenen, die aus Leichtsinn, Noth, Leidenschaft u. s. w. zu Gelegenheitverbrechern geworden sind. Ausführlich thut er dar, dass die fehlerhafte Organisation die eigentliche Ursache des Gewohnheitverbrechens ist, dass daher bei den eigentlichen Verbrechern von Reue und Besserung gar keine Rede ist. Ihre Natur treibt sie zum Bösen, sie freuen und rühmen sich ihrer Thaten, und alle Bekehrung ist Heuchelei.

Eine lange Abhandlung ist endlich der Verminderung oder Aufhebung der Freiheit bei Geisteskranken gewidmet. Gall besitzt zwar auch auf diesem Gebiete Erfahrungen und theilt eine Reihe von Krankengeschichten mit, indessen fehlt ihm doch hier die intime Bekanntschaft mit dem Thatsächlichen, er schliesst sich in der Hauptsache den Anschauungen Pinel's u. A. an, wichtige neue Gedanken sind hier nicht zu finden. Hervorzuheben aber ist, dass Gall mit grosser Klarheit die Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten [1]) auffasst, vollkommen in dem Sinne, wie wir es heute thun: Les aliénations sont des maladies du cerveau. Heureusement, de nos jours, Démocrite ne retrouverait ses Abdérites que parmi certains métaphysiciens. Si l'on veut combattre des opinions dangereuses dans leurs conséquences, que l'on combatte celles qui condamnent à un cruel abandon, et relèguent dans des loges infectes des victimes malheureuses, qui méritent toujours notre compassion, et souvent notre estime. On n'ose arrêter ses regards sur les établissements pour les aliénés, encore tellement défectueux dans la plupart des pays, qu'ils ne sont que les monumens honteux de la plus profonde ignorance.

[1]) Pinel erklärte, der primäre Sitz der Manie sei in der Magengegend. Esquirol sagte, bald seien die Enden des Nervensystems und die Herde der Empfindlichkeit an verschiedenen Stellen des Körpers, bald der Verdauungsapparat, bald die Leber und ihre Anhänge zuerst der Sitz der Geisteskrankheit.

III. Physiologisches.

Die Physiologie des Gehirns eröffnet Gall mit einer geschichtlichen Darlegung. Er schildert zunächst die alten Vorstellungen von der Seele und zeigt, wie die Metaphysiker sich jeder Zeit dem Fortschreiten der Naturerkenntniss in den Weg gestellt haben. Ein beträchtliches Hinderniss des Fortschrittes war die Schwierigkeit, den Bau und die Funktionen des Nervensystems zu begreifen. Hippokrates hielt das Gehirn für einen Schwamm, der die Flüssigkeit des Körpers anzöge, Aristoteles hielt es für eine blutlose feuchte Masse, die die Bestimmung habe, die Wärme des Herzens zu mässigen. Praxagoras, Plistonicus, Philotinus und andere Anatomen meinten, das Gehirn sei nur ein einfacher Auswuchs des Rückenmarkes, der mit den Empfindungen nichts zu thun habe. Misticelli nannte es eine unregelmässige und unorganische Masse, Astruc eine schwammige Substanz. Viele glaubten, es sei eine Fortsetzung der Blutgefässe. Trotz der besseren Einsicht der Neueren glaubte noch Malpighi, das Gehirn sei ein Packet unförmlicher und verwirrter Eingeweide, und Andere erklärten, es sondere nur reine Säfte ab. Sabatier und Boyer zählten es zu den secernirenden und excernirenden Organen. Bichat sah im Hirnmantel eine Schutzdecke für die an der Basis gelegenen Theile. Manche halten noch an der Lehre Galen's fest, das Gehirn sondere in seine Ventrikel die Lebensgeister ab und vertheile sie durch die Arterien an die anderen Theile des Körpers.

Die Methode der Gehirnuntersuchung war bisher höchst mangelhaft und doch glaubte man, es sei nichts mehr zu entdecken. Meckel meinte, die Hauptsache sei noch, den Ursprung der Nerven festzustellen, eine Aufgabe, der sich dann Sömmering zuwandte. Nach den Arbeiten von Vicq-d'Azyr, von Prochaska und den Brüdern Wenzel schien die Forschung beendigt zu sein und Peter Frank sagte zu Gall, es sei eine lächerliche Anmaassung, noch Neues finden zu wollen. Ein wahres Verständniss war nur durch vergleichende Anatomie und vergleichende Physiologie zu erlangen, jedoch die Anatomen verglichen Muskeln und Knochen, liessen das Gehirn bei Seite, die Physiologen fanden die Thiere mit dem geheimnissvollen Instinkt ab, der, wie die Seele beim Menschen, alles Weitere unnöthig machte.

Wenn man auch mit der Zeit dahin gekommen war, das Gehirn als Organ der Seele anzusehen, so blieben doch die Ansichten höchst unsicher und widerspruchsvoll. Man verlor viel Zeit mit Spekulationen und mit dem Suchen nach dem Seelensitze. Alles drängte auf die Einheit und wenn Einige auf Grund von Thatsachen sich zur Annahme einer Mehrheit von Seelenorganen gedrängt fühlten, so empörten solche Lehren die Mehrzahl, die „die Ein-

heit des Ich" verkündete. Umsonst sagte man ihnen, dass doch auch das automatische Leben, die willkürlichen Bewegungen, die Sinnesempfindungen durch eine Mehrheit von Organen vermittelt werden, ohne dass darunter die Einheit des Lebens und des Ich litte, sie blieben bei ihrer einfachen Seele.

Die Affekte, Leidenschaften, Triebe, Neigungen verlegte man zwar längst vor Cabanis in den Organismus, aber man suchte sie nicht im Gehirn, sondern in anderen Organen. Mit Ausnahme von Burkhard, van Swieten und Einigen erklärte man sie mit dem Temperament, versetzte sie in das Blut, die Organe des Unterleibes oder der Brust, in die Ganglien oder die sympathischen Nerven. „Giebt es nicht heute noch Anatomen, die erklären, das Gehirn sei nichts anderes als die Concentration aller Nerven, die Quelle aller Nerven und ein Compositum ihrer Enden? Wie kann man dann im Gehirn andere Funktionen suchen, als die der Sinnesnerven, der motorischen Nerven und der Nerven des organischen Lebens?" Die Herren Commissäre des Instituts haben mit einer Art von Befriedigung erklärt, man wisse durchaus nicht, mit welchem Theile des Gehirns man die geistigen Fähigkeiten in Beziehung zu setzen habe. Indessen, sagt Gall, *lehrt die vergleichende Physiologie mit aller Bestimmtheit, dass nicht beliebige Gehirntheile in Betracht kommen, sondern einzig und allein die Hemisphären, dass die Windungen der Gehirnrinde mit aller Bestimmtheit als die Endigung der Nervenbahnen und als Sitz aller intellektuellen und moralischen Funktionen zu betrachten sind.* Im Hinblicke auf diesen unzweideutigen Ausspruch hat man daran festzuhalten, dass da, wo in der Folge Gall vom Gehirne schlechtweg spricht, an die Hemisphären, bez. die Windungen zu denken ist. Dieser Ausspruch allein beweist, dass Gall hoch über seiner Zeit stand. Man denke z. B. an die Erörterungen der Irrenärzte in den ersten Jahrzehnten des Jahrhunderts über Geisteskrankheiten durch Erkrankung einzelner Organe, sei es des Herzens, der Leber oder sonst eines Theiles.

Von der Beweisführung Gall's ist nur Weniges wiederzugeben, da die meisten seiner Darlegungen uns als selbstverständlich vorkommen. Er setzt auseinander, dass kein anderer Theil des Körpers als das Gehirn Sitz der Bewusstseinserscheinungen sein könne, kämpft gegen Cabanis, Bichat und ihre Schüler, wobei manche Missverständnisse unterlaufen, stellt Erörterungen über die Temperamente an. Die positiven Beweise dafür, dass das Gehirn das Organ aller intellektuellen und moralischen Fähigkeiten sei, sind folgende: 1) In dem Grade, in dem sich in der Reihe der Thiere die geistigen Fähigkeiten entwickeln, finden wir das Gehirn entwickelt. 2) Im Individuum hält die Entwickelung der geistigen Fähigkeiten mit der des Gehirns gleichen Schritt. Beim Neugeborenen bildet das Gehirn eine weiche Masse, in der nur hier und da Nervenfasern zu erkennen sind; man sieht ihrer mehr in den mittleren und hinteren Lappen als in den vorderen [1]); nach einigen Monaten wächst das Stirnhirn stark, die Stirn des Kindes wölbt sich, seine höchste Entwickelung erreicht das Gehirn vom 20. bis zum 40. Jahre, dann tritt Stillstand ein, endlich schwindet früher oder später der Turgor, das Gehirn verkleinert sich und wird allmählich deutlich atrophisch. 3) In Ausnahmefällen tritt eine vorzeitige Entwickelung der meisten oder einiger geistigen Fähigkeiten ein (Wunderkinder). Diese Kinder haben gewöhnlich einen zarten Körper, aber einen grossen Kopf. 4) Männer und Weiber haben verschiedene Fähigkeiten, die einzelnen Menschen, die Familien, die Völker sind geistig verschieden: in eben dem Grade ist auch der Kopf, bez. das Gehirn verschieden [2]). 5) Weder das Grosshirn, noch das Kleinhirn sind zum automatischen oder organischen Leben unbedingt nöthig. Der grössere Theil des Gehirns muss daher dem animalischen Leben dienen. 6) Inwieweit die Gehirne sich gleichen, gleichen sich die geistigen Fähigkeiten. Bei den Menschen ist die Ausbildung der Windungen verschieden, kommen accessorische Windungen vor, im Uebrigen ist das Gehirn zu allen Zeiten und bei allen Rassen dasselbe. Daher haben alle Menschen dieselben Triebe, Fähigkeiten, Leidenschaften bis auf Gradunterschiede. Man könnte die Gattungen und die Arten der Thiere nach der Form des Gehirns eintheilen, denn die Form des Gehirns ist bei jeder Art dieselbe; so verschieden ein Windhund und ein Dachshund aussehen, ihre Gehirne sind in allem Wesentlichen gleich. 7) Wir fühlen, dass die geistigen Thätigkeiten im Kopfe vor sich gehen, Ueberanstrengung, Kopfschmerz u. s. w. 8) Jeder Zeit ist man sich darüber klar gewesen, dass die geistigen Fähigkeiten in direktem Verhältnisse zur Entwickelung des Gehirns oder Kopfes stehen, denn die Alten stellten einen Philosophen mit mächtigem Vorderkopfe, einen Athleten mit einem kleinen Vorderkopfe dar. 9) In dem Grade, in dem das Gehirn mangelhaft ist, sind auch die geistigen Fähigkeiten mangelhaft: Idiotie, Zerstörung von Gehirntheilen. 10) Alle Theile, einschliesslich des Rückenmarkes, können beschädigt werden, ohne dass die geistige Thätigkeit leidet. 11) Bei jeder Beschädigung des Gehirns aber leidet

[1]) An einer anderen Stelle bezeichnet Gall als die zuerst entwickelten Theile der Windungen les lobes moyens latereaux, also die Centralwindungen.

[2]) a. a. O. sagt Gall, man könne, abgesehen von Grössenunterschieden, besonders unterscheiden Gehirne mit vielen kleinen Windungen und solche mit weniger zahlreichen, aber dicken Windungen, man finde auch Gehirne, die am einen Orte feine, am anderen breite Windungen haben.

die geistige Thätigkeit oder sie hört ganz auf. 12) Umgekehrt, bei Geisteskrankheiten ist stets das Gehirn krank, wenn auch unsere Mittel nicht immer ausreichen, die Veränderungen deutlich zu machen. Alle 12 Sätze werden ausführlich besprochen und mit Beispielen belegt. Besonders eingehend vertheidigt Gall den Satz, dass die Geisteskrankheiten ihren Sitz (siége immédiat) im Gehirn haben. Man bringe dagegen vor, dass grosse Verletzungen u. s. w. des Gehirns in bestimmten Fällen die geistigen Fähigkeiten nicht beeinträchtigt hätten. Solche Fälle seien eifrig gesammelt worden, theils um gewisser Theorien willen, theils um die Sucht nach dem Wunderbaren zu befriedigen. An einzelnen Beispielen zeigt Gall, wie wenig Vertrauen diese Wundergeschichten verdienen. Man behaupte ferner, dass man trotz beträchtlicher Geistesstörung das Gehirn normal gefunden habe. Mit einiger Bitterkeit führt Gall aus, dass die Aerzte, die bei hartnäckigen Geisteskranken harte Gehirne, bei weichmüthigen weiche finden, die behaupten, bei Geisteskranken habe das kleine Gehirn weniger Blätter als bei Gesunden, die bei blödsinnigen Hydrocephalischen gar kein Gehirn gefunden haben, die von verknöcherten und versteinerten Gehirnen reden, nicht sehr befähigt zur Untersuchung seien und dass überhaupt die Kenntniss des Gehirns nicht soweit gediehen sei, um sagen zu können, dieses Gehirn ist normal. Hat man denn, fragt er, bei Tetanus, bei Rabies, bei Epilepsie, bei bestimmten Lähmungen etwas Zuverlässiges gefunden, und glaubt man nicht doch, dass es sich um Krankheiten des Nervensystems handle? Thatsächlich finde man, je länger eine Geisteskrankheit gedauert habe, um so häufiger Veränderungen des Gehirns und seiner Häute, seiner Gefässe. Um zu wissen, welche Veränderungen die geistige Thätigkeit stören und welche nicht, müsste man wissen, welche Funktion die einzelnen Hirntheile haben, denn bestimmte Störungen können nur von bestimmten Läsionen abhängen. Eine genaue Untersuchung des Kranken und eine genaue Untersuchung des Gehirns müssen einander entsprechen. Bisher aber seien die klinischen Angaben in der Regel ebenso mangelhaft wie die anatomischen. „Die Personen, die nach einer Gehirnerschütterung, einem Schlagflusse, einer Gehirnentzündung das Wortgedächtniss verloren haben, sich aber sonst auf alles besinnen können und Urtheilskraft beweisen, haben die nichts verloren?" Man möge nur nicht immer von Gedächtniss, Intelligenz u. s. w. im Allgemeinen reden, sondern bedenken, dass umschriebenen Gehirnstörungen umschriebene Geistesstörungen entsprechen können. Gall polemisirt gegen Pinel u. A., die den Sitz von Geisteskrankheit (le siége primitif de cette aliénation) im Magen, in der Leber u. s. w. gesucht haben, mit vortrefflichen Gründen. Hätte man auf ihn gehört, so wären uns viele thörichte Abhandlungen und psychiatrische Irrthümer erspart worden. „Es ist wirklich traurig, dass man den Männern gegenüber, die die klarsten Vorstellungen von den Geisteskrankheiten haben müssten, erst beweisen soll, wo der wahre Sitz der Geisteskrankheiten ist." —

Der 2. Abschnitt der physiologischen Lehre handelt von den Mitteln, aus der Beschaffenheit des Gehirns auf die geistigen Fähigkeiten zu schliessen. Man hat zunächst die absolute Grösse des Gehirns mit der Funktion verglichen: je grösser das Gehirn, um so grösser der Geist. Die vergleichende Anatomie zeigte, dass die Sache nicht so einfach ist. Der Elephant und der Wallfisch haben ein grösseres Gehirn als der Mensch, das Pferd, der Ochse ein grösseres als der Hund, der Affe; Wolf, Schaf, Schwein und Tiger haben das Gehirn ungefähr gleich gross, die kleinen Vögel mit kleinem Gehirne zeigen vortreffliche Fähigkeiten u. s. f. Man verliess sich nun auf die relative Gehirngrösse. Es seien nicht nur Gewicht und Grösse des Körpers in Betracht zu ziehen, sondern man müsse auch die Entwickelung des Rückenmarkes und der Nerven bedenken. Ein grosser Theil des Gehirns sei zum Dienste der Sinne und der Bewegungsorgane bestimmt, also sei, wenn diese gross seien, aus der Grösse des Gehirns nicht direkt auf die der geistigen Fähigkeiten zu schliessen. Diese Auffassung hat im Allgemeinen das Richtige getroffen. Indessen darf man nicht vergessen, dass sie nicht absolut richtig ist. Nach Sömmering, Blumenbach, Cuvier u. A. haben der Sperling, das Rothkehlchen und andere kleine Vögel ein relativ grösseres Gehirn als der Mensch. Auch ist es sehr schwer, die relative Gehirngrösse genau zu bestimmen. Nach Cuvier verhält sich beim Erwachsenen das Gehirn zum Körper wie 1:35. In Wahrheit findet man 1:40, 50, ja 60. Cuvier sagt nicht, ob er die Anhänge des Gehirns alle entfernt habe, wie alt seine Subjekte gewesen sind u. s. f. Schon Haller hat bemerkt, dass das relative Hirngewicht in der Kindheit grösser ist als später. Das Körpergewicht ändert sich nach Magerkeit und Dicke, das Gehirngewicht ändert sich dabei so gut wie nicht.

Man hat weiter das Verhältniss zwischen Gehirn und Nerven zum Maasse gemacht. Im Allgemeinen ist die Relation zu Gunsten des Menschen, allein beim Affen, bei gewissen Seehunden und Vögeln ist die Sache zweifelhaft. Sömmering hat behauptet, bei den Weibern seien die Nerven dünner als bei den Männern, so gleiche sich dann der Mangel an Hirnmasse aus. Gall hat nicht finden können, dass ein festes Verhältniss besteht, sogar bei demselben Menschen waren die einen Nerven stark, die anderen nicht.

Das Verhältniss zwischen Gehirn und Rückenmark ist nach Cuvier, Sömmering und Ebel bedeutungsvoll, indessen Cuvier selbst giebt Ausnahmen zu und es ist ersichtlich, dass ein

Mensch mit grossem starkem Körper ein starkes Rückenmark haben muss, dass er aber deshalb weder gescheiter, noch dümmer als ein kleiner zarter Mensch ist.

Sömmering, Cuvier u. A. suchen das Verhältniss zwischen Gehirn und Gesicht zu bestimmen. Je grösser der Gesichtschädel, besonders der Kiefer sei, um so geringer seien die geistigen Fähigkeiten. Die Autoren meinen, je entwickelter der Olfactorius sei, um so kleiner sei das Gehirn. Cuvier macht einen sagittalen Schnitt durch den Kopf und vergleicht dann die Höhe des Gehirnschädels mit der des Gesichtschädels. Indessen ist dieses Verhältniss nicht die Hauptsache, sondern die Grösse des Gesichtes kann, wenigstens beim Menschen, sehr verschieden sein bei gleicher Gehirngrösse. Manche grosse Männer mit grossem Gehirne haben auch ein grosses Gesicht mit gewaltigen Kiefern gehabt (Leo X., Montaigne, Leibniz, Racine, Haller, Mirabeau, Franklin u. A.), während Andere (Bossuet, Voltaire, Kant) ein kleines Gesicht hatten. Auch für die Thiere gilt die Regel nicht immer, die Katze z. B. hat einen viel kleineren Gesichtschädel als der Hund.

Bichat und Richerand wollen nach dem Vorgange Plato's die Länge des Halses umgekehrt zur geistigen Fähigkeit setzen, weil bei einem kurzen Halse das Gehirn besser ernährt werde. Ein grosser Mann wie Plato, meint Gall, könne sich mancherlei erlauben; es mag so toll sein, wie es will, es kommt auf die Nachwelt.

Man hat auch Versuche gemacht, das Verhältniss der Gehirntheile zu einander zu bestimmen. Cuvier hat die relative Grösse des Kleinhirns beim Menschen und bei den Thieren anzugeben gesucht. Tupper behauptet, dass die Dimensionen der Gehirntheile von Individuum zu Individuum nicht merklich wechseln. Gall entgegnet, es gebe nicht zwei Menschen, bei denen das Verhältniss der Gehirntheile zu einander dasselbe sei. Insbesondere sei das kleine Gehirn bald relativ gross, bald relativ klein. Die oberflächlichste Beobachtung zeigt, dass überhaupt die grössten Verschiedenheiten vorkommen. Ein festes Verhältniss besteht nur zwischen den einzelnen Theilen eines Systems (z. B. zwischen Sehnerv und Vierhügel, zwischen Brücke und Kleinhirn, zwischen Pyramiden und Gehirnschenkeln), nicht zwischen verschiedenen Systemen.

Eine grosse Bedeutung hat man dem Camper'schen Winkel zugeschrieben. Es wird aber damit nur die Neigung der Stirn gemessen. Sie ist je nach dem Alter verschieden, wechselt von Individuum zu Individuum und das Verhältniss zwischen ihr und der Gehirngrösse ist ganz inconstant. Aus Blumenbach's Untersuchungen geht hervor, dass etwa $^3/_4$ der bekannten Thiere ungefähr denselben Gesichtswinkel haben; was lehrt dieser also? Bei vielen Thieren ist ein grosses Missverhältniss zwischen Stirn und Gehirn, wie Gall an vielen Beispielen zeigt. Es giebt Europäer mit fliehender Stirn und Neger mit stark gewölbter Stirn, die denselben Camper'schen Winkel haben, weil der Kiefer bei den letzteren weiter vorsteht. U. s. w. Gall will den Werth der Camper'schen Messung nicht verkennen, hält es aber für thöricht, in diesem Winkel ein Maass der Intelligenz zu sehen, wie Viele es thun. Es ist ganz verkehrt, von Grösse der Intelligenz schlechtweg zu sprechen. Wer hat mehr Intelligenz, die Biene, die Zellen baut, oder der Hund, der gar nichts bauen kann, Voltaire oder Descartes, Mozart, das grösste musikalische Genie, oder Lessing, der gar nichts von Musik verstand?

Daubenton's Occipitallinie endlich ist, wie Blumenbach gezeigt hat, fast ganz unbrauchbar.

Dagegen giebt die Grösse des Kopfes wenigstens insofern ein Maass der geistigen Fähigkeiten, als ein Minimum zur normalen geistigen Beschaffenheit nöthig ist und grosse Fähigkeiten im Allgemeinen nur bei grossen Köpfen gefunden werden. Gall misst den Umfang des Kopfes unmittelbar über dem oberen Bogen der Orbita (immédiatement audessus de l'arc supérieur de l'orbita) und über dem hervorragendsten Theile des Hinterkopfes. Er findet bei Idioten Köpfe von 8—9 Zoll [22—24.25 cm]. Köpfe von 17 Zoll [46 cm] kommen bei partiellen Idioten vor, die immerhin einzelne gute Fähigkeiten haben können. Köpfe von 18—$18^1/_2$ Zoll [49—52 cm] gestatten eine normale geistige Thätigkeit, ihre Inhaber aber kommen im Allgemeinen über trübselige Mittelmässigkeit nicht hinaus und nur ausnahmeweise findet man bei ihnen einzelne ausgezeichnete Talente. Vollmenschen haben 21—22 Zoll [56.5—60 cm). Die alten Bildhauer haben Philosophen, Priester, ihren Zeus u. s. w. stets mit grossen Köpfen dargestellt und Gall hat niemals einen geistig grossen Mann mit einem kleinen Kopfe gefunden. Mehr als ein ganz allgemeines Urtheil erlaubt aber die Messung nicht. Bei der gleichen Grösse des Kopfes, bez. des Gehirns können die grössten Verschiedenheiten in intellektueller und moralischer Hinsicht bestehen. Die Masse allein macht es eben nicht, sondern die Organisation und die Masse. —

Der folgende Abschnitt handelt von den Beweisen für die Mehrheit der Organe der moralischen Eigenschaften und intellektuellen Fähigkeiten (la pluralité des organes des qualités morales et des facultés intellectuelles). Das Princip der Lokalisation ist nicht neu, im Gegentheile schon die Alten versuchten es anzuwenden. Sie suchten die denkende Seele im Kopfe, die thierische im Rumpfe und die vegetative im ganzen Körper, oder die Intelligenz im Kopfe, die Neigungen und Leidenschaften im Rumpfe, ja sie glaubten, die einzelnen Fähigkeiten, wie Hoffnung, Liebe, Neid, Muth hätten einen besonderen Sitz. Die Araber ver-

mutheten das Sensorium commune in den vorderen Hirnhöhlen, die Einbildungskraft in der 2. Höhle, die Urtheilskraft in der 3., das Gedächtniss in der 4. Später glaubten Viele, das kleine Gehirn sei Organ des Gedächtnisses. Albertus magnus zeichnete einen Kopf und merkte auf ihm den Sitz der geistigen Vermögen an, nach dem Principe der Araber. Aehnliche Versuche kamen im 15. Jahrhundert vor. Willis betrachtete dann das Corpus striatum als Sitz der Wahrnehmung, den Balken als Sitz der Reflexion u. s. w., Vieussens verlegte die Einbildungskraft in sein Centrum ovale, Lancisi quartirte alle Sinne in den Balken und Bonnet meinte, jede Faser des Gehirns habe eine besondere Funktion. Haller und van Swieten nahmen an, dass die inneren Sinne ebenso einen bestimmten Ort im Gehirn haben, wie die äusseren Sinne örtlich getrennt sind, aber sie hielten es nicht für möglich, diese Orte zu bestimmen. Mayer in Berlin hielt es für unwahrscheinlich, dass die verschiedenen Seelenvermögen durch dieselben Gehirntheile ausgeübt würden, er verlegte das Gedächtniss in die Rinde und die abstrakten Begriffe in das Kleinhirn. Prochaska und Boerhauve erklärten, der Sitz der Einbildungskraft müsse von dem der Wahrnehmung getrennt sein, denn im Schlafe sei jene thätig, diese nicht. Chanet, Wrisberg, Tiedemann, Richerand und die meisten modernen Physiologen nehmen an, dass die Bildung der einzelnen Theile des Gehirns eine bestimmte Bedeutung habe, und dass die Verschiedenheit der Form einer Verschiedenheit der Funktion entspreche. Aehnlich spricht sich Sömmering aus. Cuvier erklärt daher auch, dass Gall's Lehre durchaus nicht den allgemeinen Begriffen der Physiologie widerspreche.

Abgesehen von den Gründen, die erst in der Organologie vorgetragen werden können, führt Gall folgende Gründe für die Mehrheit der Seelenorgane an.

1) Die Fähigkeiten eines Thieres sind um so vielfacher, je zusammengesetzter sein Gehirn ist. Gall geht die Thierreihe durch und weist besonders auf die Entwickelung des Stirnhirns beim Menschen hin. Ich gehe auf das Einzelne nicht ein. Hier wie anderwärts schlägt sich Gall mit Gegnern, deren Einwürfe uns jetzt komisch vorkommen. Z. B. hatte Portal erklärt, das kleine Gehirn habe dieselbe Funktion wie das grosse, denn die Fasern, die Rindenmasse, die Blutgefässe seien immer gleich, daher vertrete in Krankheiten das kleine Gehirn das grosse. Buffon hatte erklärt, das Gehirn des Orangutang gleiche dem des Menschen, es sei kein Unterschied zwischen dem Gehirn eines Idioten und dem eines Gesunden. Und solches Zeug mehr.

2) Die Analogie zwischen dem Bau des Gehirns und dem der anderen nervösen Systeme zeigt, dass das Gehirn aus mehreren Organen zusammengesetzt ist. Jeder Sinnesnerv hat sein Endorgan und seine Ganglien, jeder Bewegungsnerv geht zu bestimmten Muskeln und entspringt in bestimmten Theilen grauer Masse, das Gleiche gilt von den zu den Eingeweiden gehenden Nerven. Kein Theil kann den anderen ersetzen, jeder hat seine Aufgabe für sich. Ebenso erhalten die einzelnen Windungen des Gehirns ihre Fasern von bestimmten Stellen her und die einen Fasern gehen durch andere graue Massen als die anderen. Freilich sind alle Theile im Gehirn mit einander verbunden und eine scharfe Abgrenzung der Organe ist unmöglich, aber damit ist deren Existenz doch nicht aus der Welt geschafft.

3) Die Unterschiede im Bau des Gehirns entsprechen den Unterschieden in der Funktion. Gall weist z. B. darauf hin, dass in dem Grade als die Thiere menschenähnlicher werden, ihr Vorderhirn sich entwickelt, dass insoweit Mensch und Thier ähnliche Instinkte haben, die unteren und hinteren Theile des Grosshirns ähnlich sind. Das Nähere gehört in die Organologie.

4) Bei allen lebenden Wesen lassen verschiedene Lebenserscheinungen verschiedene Apparate voraussetzen. Das Gesetz gilt überall, warum soll es bei dem Gehirn nicht gelten? Die Einwürfe der Gegner, die von der Unabhängigkeit des Geistes und der Einheit der Seele ausgehen, sind ungemein einfältig (Bérard, de Montègre u. A.). Spasshaft ist die Behauptung Platner's: „Mit 5 Fingern oder mit einer Hand kann man die verschiedensten Musikstücke spielen; warum sollte ein einziges Organ nicht genügen zur Ausübung aller geistigen Fähigkeiten"? Platner braucht eben zum Spielen, sagt Gall, nicht blos seine Hand, die auch gar nicht einfach ist, sondern vor allen Dingen sein Gehirn.

5) Die Unterschiede im Verhalten der Thiere würden ganz unbegreiflich sein, wenn nicht jede Funktion von bestimmten Theilen des Gehirns abhinge. So gut wie bestimmte Sinne bestimmte Sinnesorgane voraussetzen, so müssen auch bestimmte Instinkte bestimmte Gehirnorgane voraussetzen.

6) Die Eigenschaften und Fähigkeiten einer Art findet man bei den Individuen in sehr verschiedenem Maasse, also müssen auch die entsprechenden Gehirnorgane verschieden sein. Jeder Hundekenner weiss, wie individuell die einzelnen Thiere sind, und dass sie es von Geburt an sind. So ist es mit anderen Arten auch (Gall erzählt sehr amüsante Geschichten aus seiner Erfahrung) und am meisten mit den Menschen. Wenn die Gelehrten die Rassenschädel studiren und aus ihnen auf die Eigenthümlichkeiten der verschiedenen Rassen schliessen, so hat das nur unter der Voraussetzung einen Sinn, dass man die Theilung des Gehirns in Organe und die Verschiedenheit dieser annimmt. Warum sind die Glieder einer Familie, die Schüler einer Klasse oft so sehr verschieden?

Was trennt das Genie vom Dummkopfe, den Dichter vom Mathematiker, vom Feldherrn?

7) Wenn jedes Individuum einen eigenen Charakter hat, so ist das nur durch besonderen Bau seines Gehirns zu erklären. Wenn einer besser sieht oder hört als der andere, so müssen ihre Augen, Ohren verschieden sein, und wenn einer ein Talent oder einen Trieb hat und der andere nicht, so müssen ihre Gehirnorgane verschieden sein.

8) Die verschiedenen Funktionen werden nicht zugleich kundgegeben; manche sind immer vorhanden, manche nur in bestimmten Lebensaltern, manche nur zu bestimmten Jahreszeiten. Wie die Eingeweide sich nicht alle zugleich entwickeln, wie das Rückenmark mit seinen Nerven eher fertig wird als der Gehirnmantel, so entwickeln sich auch die verschiedenen Theile der Hemisphären zu verschiedenen Zeiten. Das hätte keinen Sinn, wenn das Gehirn eine gleichförmige Masse wäre, es beweist vielmehr, dass das Gehirn aus mehreren, in gewissem Sinne selbständigen Organen besteht.

9) Die Ermüdung ist immer partiell. Jede Thätigkeit bewirkt nach einiger Zeit Ermüdung, aber es bleibt die Fähigkeit, andere Thätigkeiten auszuüben. Es wäre nicht möglich, wenn bei geistiger Thätigkeit das ganze Gehirn funktionirte.

10) Die Beobachtung der Kranken beweist die Mehrheit der Gehirnorgane. Der Mensch kann durch Krankheit bestimmte geistige Fähigkeiten verlieren, was sich nur dadurch erklären lässt, dass sie an bestimmte Gehirntheile gebunden sind. Gall erinnert an den Verlust des Namengedächtnisses nach umschriebenen Verletzungen des Gehirns, an den Ausfall einzelner Fähigkeiten im Senium, an partielle Defekte und partielle Reizerscheinungen bei Geisteskranken, an die Erfahrungen bei Somnambulen und andere Erscheinungen des partiellen Schlafes.

Die Einwürfe, die dem Gall von seinen Gegnern gemacht worden sind und die zu widerlegen er viel Geduld anwendet, erscheinen uns meist als recht schwach, ja als kindisch. Man sollte überhaupt glauben, dass ein klar denkender Mensch an der Lokalisation der einzelnen Fähigkeiten im Gehirn gar nicht zweifeln könnte. Man kann sich die Sache gar nicht anders denken und die Gegner der Lokalisation sind nie über leere Redensarten hinausgekommen, haben nie klar sagen können, wie sie sich die Vorgänge im Gehirn denken. Erfahrung und Denken sprachen gleich kräftig für die Lokalisation und somit für Gall. Nichtsdestoweniger wurde seine Lehre verlacht und verworfen. Der Unsinn siegte so gründlich, dass erst in den letzten 3 Jahrzehnten seine Herrschaft endgültig beseitigt wurde. Hätte man das Gute bei Gall anerkannt und weiter entwickelt, so wären viele Irrwege unnöthig gewesen. Aber offenbar war Gall zu früh gekommen, sein hoher Geist wurde nicht verstanden, seine Bemühungen waren grösstentheils wegen des Unverstandes seiner Collegen nutzlos. Mühsam und langsam musste später der rechte Weg gefunden werden, den Gall längst gezeigt hatte. Das, was die Leute irreführte und blendete, waren im Grunde nicht die Einwürfe, die Gall in seinem Hauptwerke berücksichtigen konnte, sondern das war der Thierversuch. Die Experimente des grossen Flourens verdarben die rechte Einsicht und machten Gall's Bemühungen in der Hauptsache erfolglos. Der Thierversuch ist in der Physiologie des Gehirns das grosse Hinderniss gewesen. Auch später, zu den Zeiten, die wir Aelteren noch erlebt haben, wurde das, was die vernünftige Ueberlegung als unabweisbar darthut, was die pathologische Erfahrung luce clarius bewies, auf Grund des Thierversuches auf das Hartnäckigste bekämpft und diejenigen Experimentatoren, die sich um nichts kümmerten als um ihre operirten Hunde, richteten eine grosse Verwirrung an. Es ist richtig, dass gerade die Versuche von Fritsch und Hitzig der Lokalisation wieder zu ihrem Rechte halfen, aber von rechtswegen hätte man ihrer nicht bedurft. Hätte man weniger auf die Physiologen gehört, vorurtheilsfrei die Experimente der Natur beobachtet, so wäre der ganze Streit um die Lokalisation, den wir erlebt haben und in dem es oft schien, als wären die Hunde-Operationen das einzige Mittel der Belehrung, unnöthig gewesen.

Freilich, auch Gall war ungerecht. Er begnügte sich nicht damit, vor der Ueberschätzung des Thierversuches zu warnen, sondern er verwarf ihn ganz [1]). Er hatte zwar Recht, wenn er glaubte,

[1]) Ich gehe auf seine Auseinandersetzungen nicht ein, kann mich aber nicht enthalten, wenigstens Eine Stelle wiederzugeben: C'est une observation constante, que pour découvrir les fonctions des diverses parties du corps, les anatomistes et les physiologistes ont toujours été plutôt disposés à employer des moyens manuels que d'accumuler un grand nombre des faits physiologiques et pathologiques, de combiner ces faits, de les réitérer ou d'en attendre la répétition en cas de besoin, d'en tirer lentement et successivement des conséquences, et de n'annoncer qu'avec une sage réserve leurs découvertes. Cette méthode, à présent favorite de nos investigateurs physiologistes, frappe par sa matérialité et elle gagne l'approbation de la plupart des hommes par sa promptitude et par ses résultats apparents. Mais on a aussi constamment observé que ce qui paraît avoir été prouvé comme incontestable par le mutilateur A, ou ne réussit pas au mutilateur B, ou que celui-ci a justement trouvé, dans les mêmes expériences, toutes les preuves pour réfuter les conclusions de son prédécesseur.

Indessen gesteht Gall zu, dass man über die Beziehungen zwischen dem Gehirne und den Sinnesorganen, den willkürlichen Bewegungen,

dass man das, was ihn interessirte, den Sitz der einzelnen Instinkte und Fähigkeiten nicht durch Verstümmelungen finden werde, indessen hätte er sich doch sagen müssen, dass die Gehirnphysiologie noch andere Aufgaben hatte. Nach seiner Auffassung sind die Hemisphären Sitz aller bewussten Vorgänge, es müssen also die Antriebe zu willkürlichen Bewegungen und die Wahrnehmung der Sinneserregungen an bestimmte Stellen der Gehirnrinde geknüpft sein, eine Folgerung, die aus Gall's Lehre ohne Weiteres zu ziehen ist. Diese Stellen der Gehirnwindungen kannte man noch nicht, die Physiologen hatten Recht, nach ihnen zu suchen, und zu diesem Zwecke war der Thierversuch wohl verwendbar.

Gegen Flourens hat sich Gall (im 6. Bande seines Octavwerkes) in langen und unerquicklichen Ausführungen gewendet. Flourens war in gewissem Sinne sein Anhänger, er versuchte eine möglichst strenge Lokalisation und bezeichnete das als sein Hauptbestreben (cette localisation des phénomènes par la localisation des organes était précisément le but qu'il fallait atteindre). Er schloss sich auch insofern an Gall an, als er erklärte, que dans les lobes cérébraux résident exclusivement toutes les facultés intellectuelles et sensitives.

Flourens war zweifellos in seiner Zeit ein vorzüglicher Experimentator und Beobachter. Dies beweist die Geschichte des 10 Monate lang beobachteten grosshirnlosen Huhns. Die Fehler, die er machte, stecken in den Schlüssen, die er aus seinen Beobachtungen zog. So ist es ja auch seinen Nachfolgern gegangen. Diese Beobachtungen haben deshalb ihre Bedenken, weil die Beobachter das Wahrgenommene psychologisch erklären wollen und auf die Thiere die Ausdrücke anwenden, die aus der inneren Beobachtung unser selbst stammen. Dabei wird leicht übersehen, dass unzulässige Analogieschlüsse vorkommen. Was hier in das Bewusstsein fällt, geht dort wahrscheinlich ausserhalb des individuellen Bewusstseins vor sich, was hier als Fühlen oder Denken und Wollen erscheint, darf dort überhaupt nicht psychologisch gefasst werden. Die Voraussetzung des Verständnisses ist die Unterscheidung zwischen bewusstem und unbewusstem Handeln. Je höher das Thier entwickelt ist, um so mehrere seiner Handlungen fallen in sein individuelles Bewusstsein und Handlungen, die dem Beobachter gleich zu sein scheinen, sind bei den obersten Thieren von Bewusstsein begleitet, geschehen bei den anderen ohne Bewusstsein, sind daher hier für den Naturforscher nur als materielle Vorgänge, als Arbeit von Maschinen fassbar. Die unbewussten Vorgänge sind den bewussten ja wesensgleich, sie mögen von einem Bewusstsein untergeordneter Organe begleitet sein oder nur dem nicht-individuellen Bewusstsein angehören; die Bezeichnung unbewusst besagt nur, dass sie dem Grosshirnbewusstsein fremd sind. Aber alle diese Beziehungen sind metaphysischer Art, überhaupt ist Gehirnphysiologie im gewöhnlichen Sinne ohne Metaphysik nicht möglich. Wollten die Physiologen nichts mit der Metaphysik zu thun haben, so müssten sie überhaupt nicht davon reden, dass die Thiere fühlen und wollen, vielmehr müssten sie sich damit begnügen, die Vorgänge im Gehirn naturwissenschaftlich, d. h. wie die Vorgänge in einer Maschine zu betrachten. Auf solche Erwägungen nahmen weder Gall, noch Flourens Rücksicht, es ist daher begreiflich, dass die Polemik jenes gegen diesen vielfach aus Lufthieben besteht. Denn der eine sagt, das Thier fühlt, der andere, es fühlt nicht, beide aber haben Recht oder Unrecht, wie man will. Indessen ist doch Gall insofern im Recht, als er dem Flourens, Rolando und anderen Physiologen vorwirft, dass sie voreilig das an verhältnissmässig tief stehenden Thieren Beobachtete auf den Menschen übertragen (les résultats obtenus dans une grenouille, dans une poule etc., sont-ils applicables à l'homme?). Die Nachfolger von Flourens haben auf den Vorwurf nicht geachtet, sonst hätten sie die Beobachtungen an grosshirnlosen Hunden nicht den Beobachtungen am Menschen entgegengestellt. Die Hauptsache nun aber ist des Flourens Satz von der Gleichwerthigkeit der Hemisphärentheile. „Les lobes cérébraux peuvent perdre, soit par devant, soit par derrière, soit par en haut, soit par côté, une certaine étendue de leur substance, sans perdre leurs fonctions." Gewiss, sagt Gall, die allgemeinen Attribute bleiben erhalten, so lange noch eine einzige Grundkraft unversehrt ist. Je mehr von den Hemisphären verloren geht, fährt Flourens fort, um so mehr nehmen les facultés intellectuelles et sensitives ab, aber welcher Theil verloren geht, das ist ganz gleichgiltig. Dem gegenüber verweist Gall zunächst auf die pathologischen Erfahrungen; oft bewirken grosse Gehirnherde keine wahrnehmbaren Symptome, oft machen kleine Läsionen beträchtliche Störungen. Im Uebrigen stellt er der Behauptung des Flourens sein ganzes Werk entgegen. Gall bespricht alle Experimente im Einzelnen; des Beispiels wegen sei eins erwähnt. „Ich entfernte, sagt F., bei einer anderen Taube allmählich und vorsichtig schichtenweise die vorderen und die hinteren Theile beider Hemisphären bis einige Linien vom Centralkern der Hemisphären." Glaubt F., erwidert G., die Organe seien in Schichten gelagert? Was ist der Centralkern? Wie viel Linien ist das Taubengehirn dick? „In dem Maasse, fährt F. fort, als die Abtragung fortschritt, nahmen Seh- und Hör-

---

den Funktionen der inneren Organe durch Verstümmelungen einigen Aufschluss erhalten möchte, nur solle man nicht hoffen, auf diesem Wege die Lokalisation der intellektuellen und moralischen Fähigkeiten zu finden.

vermögen gradweise und merklich ab, alle anderen Fähigkeiten in gleicher Art; war eine Fähigkeit erloschen, so waren alle erloschen." Welche feinen Methoden mag F. angewandt haben, fragt G., um das allmähliche Abnehmen des Gehörs während des Versuches festzustellen? „Ein gereizter Punkt des Nervensystems reizt alle anderen, sagt F., ein gelähmter lähmt alle anderen; Gemeinschaft der Reaktion, der Schädigung, der Energie. Die Einheit herrscht als grosses Princip, ist überall, das ganze Nervensystem ist nur Ein System." Die Einheit, sagt G., ist das Nonplusultra der metaphysischen Deklamationen: Es giebt nur Einen Menschen, Chinesen und Franzosen, Japaner, Inder, Deutsche, Türken, alles ist eins; es giebt nur Einen Menschen, Kopf, Brust, Bauch, Glieder, alles ist eins. Wenn Reizung einer Stelle alle anderen erregt, warum macht ihr dann euere Experimente? Es würde zu weit führen, noch mehr aus der 75 Seiten füllenden Abhandlung über Flourens wiederzugeben. Flourens hat seine Rache nach Gall's Tode genommen. —

Ein weiterer Abschnitt ist den Beziehungen zwischen Gehirn und Schädel gewidmet.

Wenn wir annehmen, dass die Gehirnhemisphären der Sitz aller geistigen Fähigkeiten seien und dass jede selbständige Fähigkeit ihren eigenen Sitz habe, giebt es ein Mittel, um den Ort der einzelnen Gehirnorgane zu bestimmen? Zuerst, welche Beziehungen bestehen zwischen Gehirn und Schädel? Wir wissen, dass die Bahnen des Nervensystems in den Windungen endigen und von ihnen ausgehen, wir dürfen nach Analogie annehmen, dass die Theile der Windungen, die bestimmten Fähigkeiten entsprechen, um so stärker entwickelt sein werden, je stärker die Fähigkeiten sind, also darf man erwarten, dass die Form der Oberfläche der Hemisphären ein Bild des Stärkeverhältnisses der einzelnen Fähigkeiten geben werde. Wenn nun die Oberfläche des Schädels ein Bild der Oberfläche des Gehirns, soweit diese den Schädelwänden anliegt, giebt, so muss aus der Form des Schädels auf die Fähigkeiten geschlossen werden können. Können wir endlich aus der Form des Kopfes die des Schädels erschliessen, so werden wir auch am Lebenden an der Form die Beschaffenheit des Geistes erkennen.

Gall berücksichtigt den Schädel nur insoweit, als er Gehirnkapsel ist, geht auf die Form des Gesichtschädels, auf die Form der Muskelansätze u. s. w. nicht ein. Er schildert die Entstehung des Schädels beim Fötus und beim Kinde. Der Schädel gewinnt seine endgültige Form erst während des Lebens, jedoch sind seit der Conception die künftigen Formen schon bestimmt, wie der Gang der Vererbung es zeigt. Unwichtig sind, von Ausnahmen abgesehen, die Einwirkungen der Geburt, die Einwirkung sonstiger mechanischer Ursachen (z. B. des Tragens von Lasten auf dem Kopfe). Giebt es Köpfe, die durch langwirkenden Druck verunstaltet sind, wie es von Indianerstämmen behauptet wird, so scheiden sie natürlich aus der Betrachtung aus. Das Mechanische spielt überhaupt nicht die Hauptrolle. Das wachsende Gehirn formt den Schädel, aber nicht durch mechanischen Druck ihn ausweitend, wie es beim Hydrocephalus geschehen mag. Der Schädel ändert sich in eben dem Grade, wie das Gehirn wächst. Einige Monate nach der Geburt beginnt die Stirn sich zu wölben und ist beim Kinde in der Regel stärker gewölbt als beim Erwachsenen. Das Hinterhauptsbein ist beim Neugeborenen ziemlich flach, die Processus mastoidei stehen einander nahe, erst gegen die Pubertät hin wölbt sich der untere Theil des Hinterkopfes und gewinnt seine bleibende Gestalt. Die Oberfläche des Schädels folgt nicht mathematisch genau der des Gehirns, da die Diploë an verschiedenen Stellen verschieden stark ist. Diese Unterschiede sind natürlich in Betracht zu ziehen und am wichtigsten sind die Stirnhöhlen. Mit grosser Sorgfalt hat Gall von Anfang an und als der Erste auf die wechselnden Abstände beider Tafeln bei den verschiedenen Thieren, bei verschiedenen Individuen, je nach Alter und Geschlecht geachtet. Indessen sieht er in ihnen kein Hinderniss, aus der Gestalt des Schädels auf die des Gehirns zu schliessen, denn minimale Unterschiede kommen bei der Kranioskopie überhaupt nicht in Betracht, die Verschiedenheiten der Schädel sind so gross, dass dagegen die Verschiedenheit der Knochendicke verschwindet. Ich übergehe, was Gall über die Thierschädel sagt; auf jeden Fall hat er sie eben so gut gekannt wie der Gorilla-Kritiker, den ich später erwähnen werde. Ein besonderes Studium hat Gall den Altersveränderungen des Schädels gewidmet. Er lehrte, der Schädel wird im Alter dicker und leichter, die Windungen werden atrophisch, die Lamina interna folgt ihnen so zu sagen, indem spongiöse Masse zwischen beiden Tafeln gebildet wird. Diese Lehre erregte grossen Widerspruch. „Alle Knochen werden im Alter dünner, warum sollte der Schädel eine Ausnahme machen?" Richerand lehrte, die fortwährenden Bewegungen des Gehirns nutzten den Schädel ab. Gall sammelte daher eine grosse Zahl von Greisenschädeln und fand fast immer seine Beobachtungen bestätigt. Er beschreibt sehr genau die Veränderungen des Stirnbeins, die verschiedenen Formen der Absorption und Apposition. Ausführlich werden Die zurückgewiesen, die die Form des Schädels vom Muskelzuge abhängig machen. Die Ansatzstelle des Temporalis z. B. ist bei starkem Muskel nicht selten flach, bei schwachem gewölbt und umgekehrt (Vergleichung einzelner Menschen, verschiedener Rassen, verschiedener Thierarten). Endlich ist zu sagen, dass natürlich Krankheiten die Form des Schädels verändern können, sei es des Fötus, des Kindes, des Erwachsenen, dass es aber Sache des Beobachters ist, pathologische Veränderungen zu erkennen, die

einen Schluss von der Form des Schädels auf die des Gehirns unzulässig machen [1]). Lange Erörterungen werden den Acephalen und den Hydrocephalen, den Idiotenschädeln gewidmet. Nach kürzeren Geisteskrankheiten findet man selten Veränderungen des Schädels, nach langdauernden aber ist gewöhnlich der Knochen dick, jedoch nicht wie im Alter leicht, sondern schwer, ja zuweilen elfenbeinartig. Ausnahmeweise ist der Schädel auffallend dünn. Die Aerzte haben bisher diese Veränderungen für die Ursache der Krankheit gehalten, ja manche leugneten sie überhaupt. Der Professor Walter in Berlin erklärte, er habe sein ganzes Leben dem Studium des Organismus gewidmet, er habe aber bei Irren den Schädel niemals dicker als sonst gefunden. Zuweilen gleichen die Schädel der Selbstmörder denen der Geisteskranken und auch bei Verbrechern beobachtet man nicht selten Aehnliches. Wesentliche Veränderungen des Schädels können durch Rhachitis und andere Constitutionkrankheiten entstehen, ja es scheint eigenthümliche, noch unbekannte Knochenkrankheiten zu geben (bei einem Wiener Schädel fand Gall nahezu zolldicke Wände und dabei waren die Gesichtsknochen ebenfalls verdickt). Bei umschriebenen Gehirnkrankheiten kommen umschriebene Verdickungen, umschriebener Schwund des Schädels vor: einseitige Gehirnentzündungen, Schwund des Kleinhirns. Natürlich kann die Form des Schädels durch Gewalteinwirkung (Bruch, Verschiebung der Stücke, Hieb, Schusswunden) verändert werden und Geschwülste des Gehirns oder der Gehirnhäute können ihn da oder dort vorwölben, auf's Aeusserste verdünnen, ja durchbrechen. Alle pathologischen Veränderungen muss Der kennen, der aus der Form des Schädels Schlüsse ziehen will.

Was er bisher vorgetragen habe, meint Gall, das möchte man wohl zur Noth gelten lassen. Anders stehe es um die Bestimmung der Grundkräfte und ihres Sitzes. Man gefalle sich immer noch darin, zu sagen und wieder zu sagen, dieser Theil seiner Lehre sei der schwächste und am schlechtesten bewiesene. Ja, man scheue sich nicht, die Organologie als Absurdität und Extravaganz, als Verrücktheit, als Charlatanerie und Betrug zu bezeichnen. Indessen sei es begreiflich, dass alte festgewurzelte Vorurtheile schwer zu beseitigen seien. Er habe gegen eine falsche Anatomie, gegen eine falsche Physiologie und am meisten gegen eine falsche Philosophie zu kämpfen. Die Anatomen und Physiologen aber seien getreue Diener einer Metaphysik, die sie mit der Muttermilch aufgenommen haben und die allmählich zu einem populären Aberglauben geworden ist. Wie das Kind eher den Hund kenne als die Hunderassen, so sei der Mensch überhaupt auf allgemeine Begriffe aus und sei zufrieden, wenn er nur seine Abstraktion vollzogen habe. Daher schlagen sich die Leute mit allgemeinen Begriffen herum, wie Intelligenz, Gedächtniss, Phantasie, Leidenschaft u. s. w., ohne zu begreifen, dass es diese Abstrakta in der Natur gar nicht giebt, dass es nur eine bestimmte Intelligenz u. s. w. giebt, dass die geistigen Fähigkeiten nur als Attribute bestimmter Triebe wirklich werden. Man rechne, sagt Gall, zu all' diesen Hindernissen noch die Professoren, die von neuen Entdeckungen nichts hören wollen, die ihre Schüler mit schneidiger Bestimmtheit belehren und in verderbliche Sicherheit versetzen, man denke an den Hochmuth und die Despotie der gelehrten Gesellschaften. Glücklicherweise seien ihm nicht alle Feinde auf einmal entgegengetreten. Er habe sich um nichts gekümmert und ganz der Natur hingegeben (abandonné tout entier à la nature) ein Organ nach dem anderen gefunden. Bevor er eine Grundkraft gefunden habe oder ihr Organ, sei ihm ganz unbekannt gewesen, wohin der Weg ihn führen werde. Nach so und so viel Beobachtungen tauchte eine Ahnung auf, allmählich wurde sie zur bestimmten Vermuthung, erst nach sehr vielen Versuchen und Ueberlegungen zur Ueberzeugung. Wie oft habe er nach jahrelanger Arbeit seine Schlüsse verwerfen müssen, wie oft sei er versucht gewesen, die ganze Sache bei Seite zu legen und zu den alten Schulmeinungen zurückzukehren. Indessen sei allmählich die Zahl der Beobachtungen, die er seit der Jugend an Geschwistern und Mitschülern, an allen möglichen Menschen, an Thieren aller Art gemacht habe, so gross geworden, dass die Zuversicht fest wurde und die Macht der Thatsachen den Sieg davontrug. Eine Grundkraft, ein Organ nach dem andern wurde entdeckt und in dem Grade, wie die Entdeckungen sich mehrten und einander stützten, wichen die Vorurtheile, die scholastischen Irrthümer und die Menschenfurcht zurück.

Von der frühesten Jugend an, erzählt Gall, lebte ich im Schoosse einer kinderreichen Familie und mit vielen Kameraden. Jedes Kind hatte etwas Besonderes, ein Talent, eine Neigung, die ihm eigen war. Gall hatte in der Schule die Mitschüler zu fürchten, die mit Leichtigkeit auswendig lernten, da ihre Leistungen die seinigen zuweilen in den Schatten stellten. Später fand er in einer anderen Schule wieder solche Nebenbuhler und bemerkte, dass sie vorstehende Augen hatten; auf der Universität machte er dieselbe Beobachtung und nun vermuthete er, dass zwischen den grossen Augen und der Fähigkeit, auswendig zu lernen, ein Zusammenhang bestehe. Als er dann

[1]) M. Blumenbach cite le crâne d'un homme agé, dont le côté gauche de la face avait été tellement contracté, par suite du tic douloureux, dont cet individu fut affligé pendant plusieurs années, qu'il fait un contraste singulier avec le côté droit. La crampe violente a abaissé le zygomatique du côté souffrant, autant qu'elle a fait remonter la partie voisine de la mâchoire inférieure, et qu'elle a écarté en dehors, les apophyses zygomatiques. Sollte es sich da um halbseitigen Gesichtschwund gehandelt haben?

planmässig darauf ausging, die Beziehungen zwischen den geistigen Anlagen und der Kopfform zu entdecken, schlug er den Weg ein, möglichst grosse, aber einseitige Talente zu beobachten. Diese Methode bewährte sich, aber sie führte nur langsam vorwärts und manche Irrthümer mussten überwunden werden. Nothwendig war grosse Strenge, denn wenn es sich um Naturgesetze handelte, so durften keine Ausnahmen existiren. Eine Annahme war daher nur dann berechtigt, wenn sie in einer sehr grossen Zahl von Fällen immer richtig gefunden worden war. Sie musste auch die Gegenprobe aushalten, d. h. es musste sich zeigen, dass bei allen Personen, die die fragliche Anlage nur ganz wenig hatten, auch die Form negativ war. War z. B. die den Musikern eigene Kopfform gefunden, so musste bei denen, die keinen Sinn für Musik oder Abneigung dagegen hatten, an der Stelle, wo die Musiker eine Wölbung tragen, keine Wölbung vorhanden sein. Ein wichtiges Hülfsmittel war die Abformung der Köpfe. In verhältnissmässig kurzer Zeit sammelte Gall 400 Gipsabgüsse von Personen aller Lebensalter und Stände. Wusste er von einem Individuum, dass es durch ein Talent oder einen Charakterzug ausgezeichnet war, so nahm er seine Kopfform und versuchte eine Reihe zu bilden, indem er die Formen ähnlich begabter Personen zusammenstellte. Eine Region nach der anderen wurde verglichen und erst dann, wenn eine Eigenthümlichkeit allen verglichenen Köpfen eigenthümlich war, wurde sie notirt. Oft, sagt Gall, standen auf meinem Tische 20 Kopfformen Monate lang, ich untersuchte sie täglich und nach langem Zweifeln und Verwerfen ging mir am Ende plötzlich ein Licht auf, ich sah das gesuchte gemeinsame Merkmal. Die Betrachtung der Köpfe muss durch die der Schädel ergänzt werden. Obwohl er durch Mangel an Verständniss vielfach behindert wurde, konnte Gall doch eine grosse Sammlung von Schädeln solcher Personen, deren Eigenart ihm bekannt war, zusammenbringen. Ja, in nicht wenigen Fällen gelang es ihm, den Schädel dessen zu erwerben, dessen Kopf er früher abgeformt hatte. Weiter sammelte er Schädel von Idioten, Geisteskranken, Verbrechern. Auch Büsten und Bilder hervorragender Männer wurden benutzt, wenn auch dabei Vorsicht nöthig war[1]). Da Gall jeder Zeit die Physiologie des Gehirns zum Ziele hatte, suchte er, soweit möglich, das Gehirn selbst zu untersuchen. „Wer beschreibt meine Freude und mein Staunen, als ich fand, dass die Form aller von mir beschriebenen äusseren Zeichen ganz genau der Form des darunterliegenden Gehirns entsprach?“ Wo eine rundliche Wölbung am Schädel war, da waren auch die Windungen rundlich gewölbt, gestreckten Wülsten entsprachen kräftige Windungszüge und die Richtung dieser glich der Richtung jener. Nie war, abgesehen von kranken oder sehr alten Individuen, ein Widerspruch zu entdecken. Hat man erst einmal am Menschen richtige Begriffe erworben, so wird die vergleichende Physiologie „zur unerschöpflichen Quelle der Belehrung und zum unwiderstehlichsten Beweismittel“ für die Organologie. Die Einfachheit der Verhältnisse bei den Thieren erleichtert die Erkenntniss, während freilich der Abstand vom Menschen die psychologische Beurtheilung erschwert. Soweit der Mensch dem Thiere gleicht, muss die Organisation gleich sein; die Körperorgane liegen an gleichen Stellen und thun gleichen Dienst, die Sinnesorgane ebenfalls, also müssen auch die Organe der Instinkte gleich gelagert und gleich gebaut sein. Gall glaubt, aus der Beobachtung der Thiere, ihrer Unterschiede nach Art und Individuum einerseits, aus der Prüfung ihrer Schädel und Gehirne andererseits die wichtigsten Stützen seiner Lehren gewonnen zu haben. Aber auch hier ist daran festzuhalten, dass die Gehirnuntersuchung nur dann Gewinn bringt, wenn sie im physiologischen Sinne geführt wird, wenn die Lebenseigenschaften des Gehirns schon vorher erkannt sind. Zufällige Verstümmelungen durch Verletzungen oder Krankheiten können auch Aufschluss gewähren. Gall führt hier wieder das Beispiel an, dass durch eine Verletzung des Stirnhirns das Namengedächtniss verloren gehen könne. Endlich ist ein Beweismittel der Organologie in der Anordnung der Organe zu erblicken. Gall entdeckte die einzelnen Organe nicht durch Vernünfteln, sondern durch Beobachtung, also sozusagen zufällig, bald dieses, bald jenes ohne jede

[1]) Malheureusement jusqu'ici nous ne possédons que très peu de bustes fidèles. Lorsque l'artiste compose, il lui est permis d'obéir exclusivement aux règles de l'art; mais lorsqu'il est chargé de transmettre à la postérité le portrait d'hommes qui ont vécu, il a l'obligation de copier servilement la nature: dans ce cas, vouloir idéaliser son modèle, c'est défigurer la nature. Mais malheureusement les artistes, au lieu de rendre hommage à la vérité, se laissent subjuguer encore par les règles imaginaires de l'art et par les prétendues lois du beau. Ils sont trop fiers pour mouler les têtes, et pour exécuter simplement ce masque; et cependant il est certain que tant qu'ils ne voudront pas se résoudre à ce parti, nous n'aurons que des imitations imparfaites ou fausses; et deux bustes du même homme, sortis des mains de deux artistes différens, différeront toujours. Je vois même que les plus grands artistes, peintres, dessinateurs et sculpteurs, lorsqu'ils rencontrent des formes peu ordinaires, et qui leur paraissent choquantes, les regardent comme des défauts, comme des erreurs de la nature, et croient devoir alors modifier les proportions. Et cependant, d'ordinaire, ces formes insolites, et qui offensent l'oeil, sont précisément l'expression du caractère moral et intellectuel.

Ordnung. Als er aber später la carte craniologique überblickte, da fand es sich, dass die Anordnung vernunftgemäss war, d. h. dass sie das leistete, was man nach anatomisch-physiologischen Voraussetzungen erwarten durfte. Die Fähigkeiten, die den Menschen und den Thieren gemeinsam sind, werden in die Gehirntheile verlegt, die Mensch und Thier gemeinsam sind, d. h. in die hinteren und unteren Theile der Hemisphären. Die Fähigkeiten aber, die dem Menschen eigenthümlich sind, werden in den Gehirntheilen gesucht, die beim Menschen ganz anders entwickelt sind als bei den Thieren, d. h. in den vorderen oberen Theilen. In gleichem Sinne ist zu sagen, dass je lebenswichtiger ein Trieb, eine Fähigkeit ist, um so näher sein Organ der Basis und der Medianebene liegt, dass verwandte Fähigkeiten nebeneinander liegen. Es kann also von Willkür keine Rede sein, das zufällig Gefundene muss die gesetzliche Ordnung darstellen.

Gall betont mehrfach, dass er kein abgeschlossenes System geben könne, dass seine Lehre nicht als vollendet angesehen werden dürfe. Weder die Zahl der von ihm gefundenen Organe, noch ihre Bezeichnung sei endgültig. Wenn auch die Eintheilung in Grundkräfte und in Attribute unangreifbar sei, so finde doch die Bestimmung der Grundkräfte grosse Schwierigkeiten. Wir haben den fertigen Menschen vor uns, was wir seinen Geist, seinen Charakter nennen, das ist das Ergebniss von dem Zusammenwirken seiner Grundkräfte. Die einzelnen Eigenschaften, die bestimmten Charakterzüge sind nichts Einfaches, sondern sie sind der Ausdruck des Verhältnisses der Grundkräfte zu einander. Zuweilen ist die Analyse möglich, zuweilen endet sie in Zweifeln und Möglichkeiten. Was wir Muth nennen, ist nicht immer dasselbe, der natürliche Kampftrieb ist verschieden von dem sogenannten moralischen Muthe. Dass es eine dichterische Anlage giebt, dass der Eine sie hat, der Andere nicht, dass sie angeboren ist, dass ihr eine bestimmte Kopfgestaltung eigen ist, das alles ist unzweifelhaft, aber ob sie eine Grundkraft ist, oder auf welche Grundkraft sie zu beziehen ist, das ist schwer zu sagen. Die Organe wurden entdeckt durch die Beobachtung einseitiger Talente, d. h. der Hypertrophie bestimmter Grundkräfte. Ihre Benennung fand in Rücksicht auf solche Fälle statt, es ist daher begreiflich, dass manche Namen unzutreffend sein mögen, dass uns die normale Grundkraft anders erscheine, als ihre übermässige Entwickelung.

Diese Erwägungen sind nöthig zu einer gerechten Beurtheilung. Die Theorie mag fallen, die Thatsachen bleiben. Gall aber will Thatsachen geben; er kann es nicht und Niemand kann es, ohne sie zu verknüpfen und Beziehungen anzunehmen, aber ein anderes ist die Erklärung als die Beobachtung selbst. Gall's Gegner haben seine Erklärungen mit Scharfsinn und mit Schwachsinn bekämpft, aber um seine Thatsachen haben sie sich nicht gekümmert.

Je fais observer enfin, que toutes les objections et tous les doutes de mes adversaires ont un vice radical: la craniologie et l'organologie sont des sciences expérimentales. Pourquoi mes adversaires ne commencent-ils pas par répéter les observations que nous avons faites, M. Spurzheim et moi? Pourquoi ne recueillent-ils pas des faits, plutôt que de me combattre par des subtilités déduites de leur propre manière de considérer les puissances de l'âme et l'organisme animal? Moi aussi, je tenais autrefois aux idées reçues, mais la force des faits m'a contraint de sacrifier à la vérité cette sagesse, dont je m'étais imbu sur les bancs de l'école, et cette fureur de tout expliquer dont j'y avais contracté l'habitude. Le naturaliste, avant tout, est l'esclave de la nature; il doit savoir ce qui est; après il pourra se livrer à son vain désir de savoir pourquoi ce qui est, est comme il est!

C. Bücheranzeigen.

1. **Zur Lehre von den Geschwülsten und Infektionskrankheiten.** Mit Beiträgen von Lengemann und Rosatzin; von O. Lubarsch. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. Gr. 8. 321 S. mit 6 Doppeltafeln u. 5 Abbild. im Text. (8 Mk. 60 Pf.)

In dem Werke sind sehr beachtenswerthe Arbeiten von Lubarsch mit Beiträgen von Lengemann und Rosatzin vereinigt. Die Mittheilung von Lengemann über die *Schicksale verlagerter und embolisirter Gewebetheile im thierischen Körper* wird ergänzt durch neue *Beiträge zu der Parenchymzellen-Embolie* von Lubarsch; an die Arbeit von Rosatzin über die *bakterientödtenden Eigenschaften des Blutserum und ihre Bedeutung für die verschiedene Widerstandsfähigkeit des Organismus* schliessen sich die Bemerkungen zur *Theorie der Infektionkrankheiten* an. Den Schluss bilden Beiträge zur *Geschwulstlehre* von Lubarsch.

Besonders eingehend ist die Frage von der Knochenmarkriesenzellen-Embolie neben der Parenchymzellen-Embolie abgehandelt und die Bedeutung der ersteren hervorgehoben worden.

Bezüglich des Blutserum wird von Rosatzin

nachgewiesen, dass die bactericiden Eigenschaften, wie sie im Glase verfolgt werden können, nicht in einfacher Weise die Schutzeinrichtungen des Körpers zu erklären vermögen, sondern dass man viel feinere complicirtere Verhältnisse annehmen muss, die mit den uns zur Verfügung stehenden Methoden und Hülfsmitteln noch nicht zu übersehen sind.

Von besonderem Werthe gegenüber manchen einseitigen Anschauungen ist die Auseinandersetzung von Lubarsch über die Rolle, die die sogen. pathogenen Spaltpilze bei dem Zustandekommen von Infektionkrankheiten spielen. Er sagt: „Die Auffassung Koch's und der Bakteriologen, dass die Spaltpilze schlechthin die Aetiologie der Infektionkrankheiten darstellen und die Specifität der Infektionkrankheiten ausschliesslich auf die specifischen Erreger zurückzuführen sei, wurde bekanntlich durch folgende Dogmen gestützt: 1) Die Eigenschaften der Spaltpilze sind nicht variabel (Constanz der Arten und Formen), 2) der specifische Erreger findet sich constant bei der specifischen Krankheit, 3) weder im gesunden Organismus, noch bei anderen Krankheiten und 4) es gelingt durch die rein cultivirten Mikroorganismen, die specifische Krankheit zu reproduciren."

„Alle diese vier Dogmen sind selbst von der herrschenden bakteriologischen Schule theils ausdrücklich, theils stillschweigend fallen gelassen worden und damit dürfte die oben erwähnte rein bakteriologische Auffassung von der Aetiologie der Infektionkrankheiten ihrer wichtigsten Stütze beraubt sein."

L. kommt in der Hauptsache zu folgenden Ergebnissen: 1) Eine grosse Anzahl von Infektionkrankheiten ist endogener Entstehung, d. h. die inficirenden Mikroorganismen sind bereits lange vor dem Ausbruche der Krankheit im Körper vorhanden. 2) Für den Ausbruch der Erkrankung sind von Wichtigkeit a) der Allgemeinzustand des Körpers und die lokale Beschaffenheit der Gewebe, b) Zahl und Zustand der Mikroorganismen, c) mannigfache wechselnde und oft dem Zufall anheimgegebene Ereignisse, die den Zustand des Körpers und der Mikroben zu beeinflussen geeignet sind. 3) Bei den eigentlichen exogenen Impfkrankheiten ist von besonderer Bedeutung der unmittelbar vorhergehende Aufenthaltsort der Mikroben in dem Sinne, dass Mikroben, die unmittelbar aus einem Krankheitherde auf gesunde Menschen übergehen, eher Infektionen hervorzurufen geeignet sind, weil bei ihrer Uebertragung von vornherein grössere Mengen von Lysinen eingeimpft werden.

Aufrecht (Magdeburg).

2. **Sektionstechnik für Studirende und Aerzte**; von Prof. Dr. C. Nauwerck in Chemnitz. 3. vermehrte Auflage. Jena 1899. G. Fischer. Gr. 8. 244 S. mit 62 theilweise farbigen Abbildungen. (Brosch. 4 Mk. 50 Pf., geb. 5 Mk.)

Die soeben erschienene 3. Auflage der Nauwerck'schen Sektiontechnik, die wir unseren Lesern hierdurch von Neuem empfehlen, bringt im Vergleiche mit den früheren Auflagen einige wesentliche Verbesserungen. Die vollständige Zusammenfassung der Regulative für gerichtliche Obduktionen, wie sie für Preussen, Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden und Sachsen-Weimar-Eisenach gelten, ist namentlich für die Gerichtsärzte von Bedeutung und unzweifelhaft viel praktischer, als es die entsprechenden zerstreuten Hinweise in der früheren Auflage waren. Sie zeigt auch klar genug, dass diese Regulative hier und da recht verbesserungbedürftig sind. Ebenso ist das neue Capitel über die Anfertigung der Protokolle, bez. über die Erhebung des Leichenbefundes den Anforderungen der Praxis geschickt angepasst; vor Allem sind die Maass- und Gewichtsangaben für die einzelnen Organe u. Aehnl., die nach zuverlässigen Quellen angegeben werden, sehr schätzenswerth, weil gerade hierfür namentlich den weniger geübten Obducenten die Erfahrung zu fehlen pflegt. So werden diese beiden Verbesserungen das Buch zu einem willkommenen Rathgeber namentlich für gerichtliche Obducenten werden lassen.

Weiterhin ist das Verfahren der Einbalsamirung durch Sublimat (Injektion der 1proc. wässerigen Lösung von der Bauchaorta aus) dargestellt, sowie eine Anzahl kleinerer Verbesserungen und erweiterter Ausführungen dem Texte der früheren Auflagen hinzugefügt. Die Ausstattung ist dieselbe wie früher, sie zeichnet sich vor ähnlichen Werken durch ihren Reichthum an vorzüglichen Abbildungen aus, die immerhin die Schwierigkeit, rein praktisch zu erlernende Dinge in gedrucktem Worte vorführen zu sollen, erheblich überbrücken helfen.

Ref. benutzt die Gelegenheit, um auf zwei Methoden in wenigen Worten einzugehen, die sich ihm seit längerer Zeit bewährt haben. Zunächst hat die Methode der *Nasen- und Oberkieferresektion* (Centr.-Bl. f. pathol. Anat. u. s. w. VII. 1896) durch Exartikulation des Unterkiefers, wodurch ein sehr freier Ueberblick in die Mund- und Rachenhöhle, sowie über die Schädelbasis geschaffen werden kann, sich für gerichtliche Zwecke insofern besonders bewährt, als sie bei Neugeborenen die Ausführung der sogen. *Ohrenprobe* sehr vereinfacht und zuverlässiger gestaltet. Man braucht nur mit einer mässig starken Scheere von der Tubenmündung aus die Tuben zu eröffnen, die Scheere dringt dann in Folge der noch unvollkommenen Verknöcherung des Felsenbeins ohne Schwierigkeit in die Trommelhöhle selbst vor und man gewinnt den vollen Ueberblick über die ganze in Frage kommende Verbindung vom Rachen bis zur Trommelhöhle; diese Methode ist viel einfacher und zweckmässiger als die Untersuchung am herausgenommenen Felsenbeine, schon allein aus dem Grunde,

weil sie gut klar macht, wie leicht Fremdkörper, Bakterien u. s. w. diese Verbindungsstrasse passiren können und weil sie die Entnahme des zu untersuchenden Materials, z. B. aspirirter Fruchtwassertheile u. Aehnl., genau von der Stelle der Ablagerung gestattet.

Zweitens glaubt Ref. eine *Verbesserung der Bauchsektion* durch folgende Veränderung der bisher üblichen Reihenfolge empfehlen zu können. Nach Herausnahme der Milz (oder auch sofort zum Beginne der Bauchsektion) wird der Dickdarm, vom Colon desc. an aufwärts, abpräparirt, der Dünndarm in gewöhnlicher Weise am Mesenterialansatze oder eventuell, falls es auf Erhaltung seiner Beziehungen zu den Gefässen des Mesenterium ankommt, die Radix mesenterii nebst dem Dünndarme abgelöst, aber nicht vom Duodenum abgeschnitten. Vielmehr wird sofort die Herausnahme des Magens von der Kardia an angeschlossen, was unter Zuhaltung des Lumens der Kardia mit der linken Hand ohne jede Beschmutzung der Bauchhöhle und mit völliger Erhaltung des Mageninhaltes (eventuell kann der Magen auch abgebunden werden) leicht gelingt. Gleichzeitig wird das Duodenum und das Pankreas mitgenommen, wobei die Beobachtung der Bursa omentalis sich leicht ermöglicht; das ganze Packet hängt dann nur noch an den Gefässen der Porta hepatis. In diesem Moment ergiebt sich die Möglichkeit, eine vollkommene Uebersicht der noch geschlossenen V. cava inferior nebst ihrem intrahepatischen Abschnitt, ferner der V. portae mit ihren Mesenterialästen und der Art. hepat. zu gewinnen. Nach Durchschneidung dieser Stämme an der Porta, sowie des Ductus hepat. wird die *Gallenblase* durch einen leichten Zug von der Leber abgelöst, sie bleibt durch den intakten Ductus choledochus in Verbindung mit dem Duodenum und es hat keine Schwierigkeit, die sogen. Gallenprobe an dem nunmehr völlig freien Darmpräparate anzustellen, wann es beliebt. Man legt das ganze Präparat (Magen und Darm im Zusammenhang, dazu Pankreas und Gallenblase) nach Abtrennung an der Flexura sigmoidea zur Seite und entfernt zunächst die *Leber* zu sofortiger weiterer Untersuchung.

Nunmehr liegen vollkommen übersichtlich und bequem zugänglich der Tractus urinarius und seine Gefässverbindungen (Art., Ven. renalis u. s. w.), sowie die Nebennieren mit ihrer Beziehung zu dem Plexus solaris vor; die Sektion dieser Organe, deren Herausnahme dem Anfänger oft so viel Schwierigkeiten macht, ist jetzt so einfach wie möglich.

Die Vorzüge dieser Methode bestehen darin, dass die sofortige Entfernung der Darmschlingen, die eine Uebersicht über die Abdominalorgane sehr erschweren, das unsichere Tasten bei der Herausnahme der Nieren und Nebennieren wegfallen lässt; die frühzeitige Fortnahme der Leber schafft weiteren Platz. Besonders wichtig ist die Uebersichtlichkeit namentlich der Beziehungen der Organe zu ihren Gefässen und Nerven, wobei Ref. namentlich auch die Freilegung der Porta hepat. für einen Vorzug hält; die Lage der Nieren u. s. w. wird deutlicher, endlich die ganze Sektion der Bauchhöhle wegen der Entfernung der gesammten Inhaltsmassen des Magens und Darms sehr *reinlich.* Die bisher übliche Methode beruhte auf der Absicht, die Gallenprobe im geeigneten Momente in situ auszuführen; bei unserem Verfahren wird diese Probe *jederzeit* am herausgenommenen Präparate möglich, ausserdem wird die Verfolgung des Ductus choledochus und cysticus sehr erleichtert. Die Methode bringt demnach keinerlei Missstände, sondern nur Vortheile mit sich.

Beneke (Braunschweig).

3. **Specielle Pathologie und Therapie**; herausgegeben von Prof. Hermann Nothnagel. Wien 1899. Alfred Hölder. Gr. 8.

V. Band, I. Theil.

Der akute Gelenkrheumatismus; von Prof. Alfr. Přibram in Prag. XI u. 574 S. (Preis 13 Mk. 60 Pf., für Abonnenten 12 Mk. 20 Pf.)

P. beginnt damit, dass man heute trotz zahlloser Beobachtungen dieser häufigen Krankheit doch noch nicht sicher sagen kann, was akuter Gelenkrheumatismus ist und was nicht. Wir kennen eben die Erreger dieser Krankheit noch nicht und tappen bei dem Versuche, ihre Entstehung zu erklären, noch recht sehr im Dunkeln. Der namentlich von Singer verfochtenen Anschauung, dass der akute Gelenkrheumatismus überhaupt keine selbständige Krankheit, sondern nur eine eigenthümlich verlaufende abgeschwächte Pyämie sei (vgl. Jahrbb. CCLXI. p. 211), kann P. nicht zustimmen, er sagt in den Schlussfolgerungen, die er aus seinen ätiologischen Erörterungen zieht: „Der akute Gelenkrheumatismus ist eine Infektionskrankheit sui generis, aller Wahrscheinlichkeit nach durch einen einheitlichen Erreger hervorgerufen. Dieser Erreger ist noch zu suchen. Staphylo- und Streptokokken-Infektionen können ein dem akuten Gelenkrheumatismus ähnliches Bild hervorrufen oder im Verlaufe eines akuten Gelenkrheumatismus auf das Krankheitbild bestimmend und ändernd einwirken. Sie sind in den meisten Fällen von akutem Gelenkrheumatismus sensu strictiori im Organismus nicht aufgefunden worden.“ Auch die sogen. *„Rheumatoide“,* denen P. ein besonderes Capitel widmet, müssen seiner Ansicht nach ätiologisch vom akuten Gelenkrheumatismus streng getrennt werden. Es ist entschieden richtig, sie einfach als Polyarthritis zu bezeichnen mit einem Zusatze je nach ihrem Ursprunge: Polyarthritis gonorrhoica, P. scarlatinosa u. s. w. Klinisch haben die Polyarthritiden bei Tripper, Scharlach und Ruhr weitaus die grösste Aehnlichkeit mit dem akuten Gelenkrheumatismus. Hier sind Verwechselungen sehr wohl möglich und die Sache wird dadurch

noch verwickelter, dass es sich gelegentlich sehr wohl einmal um einen wirklichen Gelenkrheumatismus handeln kann, denn es ist nicht anzunehmen, dass z. B. Leute mit einem Tripper gegen diese Krankheit gefeit sein sollen. Das, was als *akuter Gelenkrheumatismus* bei Thieren beschrieben worden ist, namentlich die bei Kühen vorkommende bösartige Form, möchte P. für eine pyämische Polyarthritis halten, da sie sich mit Vorliebe an das Kalben und an das Verhalten faulender Placenten anschliesst.

Auch Das, was wir sonst, abgesehen von den unbekannten Erregern, über die *Aetiologie* und die *Pathogenese* des akuten Gelenkrheumatismus wissen, ist recht dürftig und unbestimmt. Er scheint in ein und demselben Landstriche in etwa 3—6jährigen Perioden ab- und zuzunehmen, grosse Trockenheit des Bodens und die Gelegenheit zu Erkältungen (Winter) scheinen ihn zu begünstigen. Es giebt wahrscheinlich eine erblich übertragene besondere Empfänglichkeit für den akuten Gelenkrheumatismus; Erschöpfungen, Ueberanstrengungen, manche andere Infektionkrankheiten erhöhen die Gefahr der Infektion. Für die erste Lokalisation in den Gelenken sind augenscheinlich berufsmässige Anstrengungen und Traumen von einer gewissen Bedeutung. — So gut wie gar nichts wissen wir darüber, weshalb in einem Falle das *Herz* mit ergriffen wird, in einem anderen nicht, nur scheint auch hier eine ererbte Anlage eine Rolle zu spielen. Von der *Hyperpyrexie* sagt P., sie „ist wahrscheinlich als cerebralen Ursprungs aufzufassen, wenn auch anatomische Beweise hierfür fehlen. Es spricht dafür nicht so sehr die häufige Coincidenz mit diffusen cerebralen Erscheinungen nach bereits aufgetretener Hyperpyrexie, als vielmehr das in einigen Fällen beobachtete Vorausgehen der diffusen cerebralen Erscheinungen, das Vorkommen von schweren cerebralen Erscheinungen ohne Hyperpyrexie und nicht zum wenigsten auch das unvermuthete und plötzliche Auftreten der Hyperpyrexie in sonst anscheinend mildem Verlaufe. Es spricht hierfür ferner der Umstand, dass, während das gewöhnliche Fieber des akuten Gelenkrheumatismus durch Salicylpräparate in typischer Weise beeinflusst wird, die Hyperpyrexie durch die letzteren ganz unbeeinflusst bleibt.“

Mit grosser Gründlichkeit und Vollständigkeit behandelt P. den *klinischen Theil* seines Buches, indem er die mannigfachen Aeusserungen des akuten Gelenkrheumatismus in den verschiedenen Organen des Körpers durchspricht. Den Schluss bildet eine ebenfalls sehr gründliche und gute Erörterung der *Therapie.*

III. Band, III. Theil.

Erysipelas (Rose, Rothlauf) und Erysipeloid; von Prof. Hermann Lenhartz in Hamburg. VI u. 104 S. (Preis 3 Mk., für Abonnenten 2 Mk. 50 Pf.)

L. beginnt mit historischen Ueberblicken und giebt dann eine frisch und klar geschriebene Schilderung des Rothlaufes, der man durchaus zustimmen kann. *Aetiologisch* scheint es ihm erwiesen, dass die Streptokokken des Erysipels und die Eiterstreptokokken ein und dasselbe sind und dass zwischen Rothlauf, Puerperalfieber und Sepsis die allernächste Verwandtschaft besteht. In den klinischen Abschnitten fügt er vielfach eigene Krankengeschichten ein. Bei der *Therapie* verhält L. sich sehr skeptisch. Von den mechanisch das Fortschreiten der Krankheit aufhaltenden Mitteln hat er eben so wenig Gutes gesehen, wie von örtlichen Applikationen überhaupt und von inneren Heilmitteln; er ist nach verschiedentlichen Enttäuschungen auf eine symptomatisch-abwartende Behandlung zurückgekommen. Wie weit der Rose mit einem Heilserum beizukommen ist, muss die Zukunft lehren, das vielgepriesene Antistreptokokkenserum von Marmorek ist nicht zu empfehlen.

In einem kurzen Anhange giebt L. das Wesentlichste aus den Versuchen wieder, das *Erysipel als Heilmittel* bei Lupus, Lues, Krebs u. s. w. zu verwenden, und schildert dann noch kurz das *„zoonotische Fingererysipeloid“* Rosenbach's.

XII. Band, I. Theil, 1. Abtheilung.

Die Epilepsie; von Prof. Otto Binswanger in Jena. VI u. 502 S. (Preis 11 Mk., für Abonnenten 9 Mk. 60 Pf.)

B. sucht zunächst die Epilepsie als selbständige Krankheit möglichst scharf gegen alle diejenigen Zustände abzugrenzen, die ihr klinisch in einzelnen Erscheinungen, namentlich in den Anfällen, ähnlich sind: „nur wenn wir den Nachweis erbringen, dass der einzelne Anfall die Theilerscheinung eines in seiner Entwickelung und seinem Verlauf chronischen und *alle Theile des Centralnervensystems umfassenden* Krankheitzustandes ist, haben wir die Berechtigung, ihn der Epilepsie im engeren Sinne einzureihen“. Darauf, dass bei der Epilepsie das gesammte Gehirn in Mitleidenschaft gezogen ist, legt B. auch in dem 2. Capitel: *allgemeine Pathologie und Pathogenese,* besonderes Gewicht. Klinisch treten die Erscheinungen von Seiten der Hirnrinde ganz besonders hervor, ja, man kann wohl annehmen, dass bei den kleinen und unvollständigen Anfällen „die Entladung“ so gut wie ganz auf die Rinde beschränkt bleibt, bei den grossen und vollständigen Anfällen muss daneben aber zweifellos eine Miterregung der infracortikalen motorischen Centralapparate (der Stammganglien, der Vierhügel, der Brücke und der Medulla oblongata) statthaben. Was dabei im Gehirne vor sich geht, wissen wir nicht, wir müssen uns mit der Annahme einer besonderen krankhaften Erregbarkeit der Centralapparate behelfen. Bei den klinischen Erscheinungen können wir „Hemmungs- und Erregungsentladungen“ unterscheiden, die mit und nebeneinander hervortreten

und denen „postparoxysmelle Erschöpfungssymptome“ folgen. Letztere betreffen meist wieder das ganze Gehirn oder ihre Art lässt auf ein ganz besonderes Ergriffengewesensein bestimmter Theile des Gehirns schliessen. Convulsionen cortikalen Ursprungs als Begleiterscheinungen von organischen diffusen und Herderkrankungen des Gehirns sind zunächst noch keine Epilepsie, können aber, und das ist das Gewöhnliche, zu wahrer Epilepsie führen, „wenn durch die pathologischen Reize, welche von den erkrankten Hirntheilen ausgehen, jene allgemeine Zustandsänderung, die epileptische Veränderung herbeigeführt worden ist“. B. ist zu diesen aus früheren Mittheilungen bereits bekannten Anschauungen nicht nur durch physiologische Erwägungen und klinische Beobachtungen, sondern namentlich auch durch Versuche an Thieren gelangt; dass wir mit ihnen dem eigentlichen Wesen der Epilepsie nicht allzu nahe kommen, verhehlt er sich selbst nicht.

Vortrefflich sind die nächsten Capitel. Bei der *Aetiologie* erörtert B. auf das Eingehendste Alles, was als vorbereitende und als auslösende Ursache in Betracht kommen kann: Erblichkeit, Vergiftungen (Alkohol), Infektionen (Syphilis), Verletzungen u. s. w. Bei der *Symptomatologie* unterscheidet er: I. Epilepsia gravior, a) vollentwickelte typische Anfälle, vollentwickelte atypische Anfälle. II. Der unvollständige, rudimentäre Anfall. III. Abortive Anfälle: Epileptoide Zustände, psychische Epilepsie, prä- und postepileptische transitorische Geistesstörungen; und widmet dem körperlichen und geistigen Verhalten der Kranken zwischen den Anfällen ein besonderes Capitel: Interparoxysmelle Zustände. Kürzere Abschnitte behandeln die *pathologische Anatomie*, die *Diagnose*, die *Prognose*. B. meint, dass die Epilepsie zweifellos durch gröbere nachweisbare Veränderungen im Gehirn bedingt sein könne, dass diese aber ganz gewiss nicht unbedingt nöthig seien. „Wir halten es geradezu für einen Rückschritt der patho-physiologischen Erkenntniss, wenn man alle Störungen der Nervenfunktion, jener ausserordentlich feinen, auf bestimmte physiologische Reize abgestimmten Thätigkeitsäusserungen des Centralnervensystems immer wieder ausschliesslich auf grobe Veränderungen der Nervensubstanz zurückführen will.“ Den Schluss bilden *Verhütung* und *Behandlung*: hygieinisch-diätetische, medikamentöse, operative Behandlung u. s. w., deren Besprechung eben so wie das ganze übrige werthvolle Buch von der grossen Erfahrung und dem ruhigen Urtheil des Vfs. zeugt.

VII. Band, VII. Theil.

Der Diabetes insipidus; von Dr. D. Gerhardt in Strassburg. 41 S. (Preis 1 Mk. 20 Pf., für Abonnenten 1 Mk.)

Unter den verschiedenen „Formen“ des Diabetes insipidus führt G. diejenigen Fälle auf, die bei Erkrankungen des Gehirns, bei Hysterie, bei Syphilis auftreten, und eine „idiopathische“ Form. Ueber die letztere lässt sich mit Sicherheit nur sagen, dass ihr eine Störung in der Funktion der Niere zu Grunde liegt, nicht eine Durstvermehrung oder Blutveränderung. „Der Diabetes insipidus kommt oft, freilich nicht ausschliesslich, bei Personen mit neuropathischer Disposition vor.“ Ein Uebergang von Diabetes insipidus in Diabetes mellitus ist fast ausschliesslich dann beobachtet worden, wenn das Leiden nach einer Kopfverletzung entstanden war. Dass in manchen Familien beide Krankheiten nebeneinander vorkommen, möchte G. auf die erbliche neuropathische Constitution zurückführen.

G. giebt eine etwas kurze Schilderung der *Symptome* und eine kurze *Therapie*. Viel Sicheres lässt sich über die merkwürdige Erscheinung, die man Diabetes insipidus nennt, auch kaum sagen. Den Schluss bildet ein Literaturverzeichniss von 16 Nummern.

VII. Band, II. Theil, 2. Abtheilung.

Vegetationsstörungen und Systemerkrankungen der Knochen; von Dr. Maximilian Sternberg in Wien. 104 S. (Preis 3 Mk., für Abonnenten 2 Mk. 40 Pf.)

Unter diesem Titel beschreibt St. den *Zwergwuchs*, den *Riesenwuchs*, die *allgemeine Hyperostose* und die *Hyperostose des Schädels*, die *Osteopsathyrosis*, die *Neubildungen der Knochen*, die *Ostitis deformans*, die *toxigene Osteo-Periostitis ossificans* und als *„verschiedene noch ungenügend gekannte Knochenkrankheiten“* die *Lymphadenia ossium*, die *progressive Osteoporose*, die *tumorbildende Ostitis deformans*, *Marie's neue Krankheit*, *Bruck's neue Krankheit*. Das „noch ungenügend gekannt“ gilt für *alle* diese Krankheiten; in ihrem eigentlichen Wesen, in ihrer Abgrenzung gegeneinander, in ihren Beziehungen zu den anderen Körperorganen, namentlich zu den Nerven und den Gefässen, sind sie uns noch recht dunkel. Wir sind in der Hauptsache darauf angewiesen, uns aus einzelnen, mehr oder weniger gut beobachteten Fällen ein möglichst genaues Krankheitbild zusammenzustellen. Die grösste praktische Bedeutung haben wohl sicher die diffusen Neubildungen der Knochen, die nicht so gar selten vorkommen und oft recht schwer zu erkennen sind, ihnen widmet St. mit Recht den grössten Abschnitt seines Buches mit einer guten Beschreibung der anatomischen Veränderungen, der klinischen Erscheinungen, der Diagnose.

In den Vorbemerkungen nennt St. sein Buch „eine provisorische Darstellung dieser Krankheiten“ und erwartet, dass sich unsere Kenntnisse von den Knochenerkrankungen schon in nächster Zeit sehr wesentlich vermehren werden durch fleissige Anwendung der Röntgen-Strahlen.

Dippe.

4. **Einleitung in die vergleichende Gehirnphysiologie und vergleichende Psychologie**; von Dr. Jacques Loeb in Chicago. Leipzig 1899. J. A. Barth. 8. 207 S. mit 39 Abbild. (6 Mk.)

Das Buch L.'s ist sehr anregend und gut zu lesen. Jedoch müssen einige Bedenken gleich den Anfang der Besprechung bilden. L. strebt nach allgemeinem Verständnisse und weiten Begriffen, es fehlt jedoch die nöthige Vorbildung. Er mag ein recht guter Physiolog sein, ist aber ein herzlich schlechter Philosoph. Die Herren ahnen gar nicht, wie komisch sie sind, wenn sie von „der Entwickelung einer Theorie des Bewusstseins" reden. Der Vf. hat nun die grundlegende Entdeckung gemacht, dass das Bewusstsein „nur eine Funktion associativer Gedächtnissthätigkeit ist". „Wenn ein Thier dressirt werden, wenn es lernen kann, so ist associatives Gedächtniss vorhanden, und dann kann es Bewusstsein besitzen. Mit Hülfe dieses Kriteriums lässt sich zeigen, dass bei Infusorien, Cölenteraten und Würmern kein Bewusstsein vorhanden ist. Bei Insekten und Mollusken ist die Frage im Einzelnen noch nicht entschieden. Fest steht nur, dass zahlreiche Wirbelthiere Bewusstsein besitzen können. Unserem Kriterium gegenüber fällt die metaphysische Theorie der Allbeselltheit der Materie oder der ganzen Thierwelt." Und dabei soll man ernst bleiben!! Wenn es der Welt an Bewusstsein mangelt, so leidet darunter doch das Selbstbewusstsein des Vfs. nicht.

Die von L. mitgetheilten Versuche an niederen Thieren sind an sich sehr interessant. Der Sinn der Untersuchungen ist, zu zeigen, dass die Bedeutung des Nervensystems oft übertrieben worden ist, dass sie in der Hauptsache darin besteht, die Reizvorgänge zu erleichtern, die Leitung zu beschleunigen, dass aber im Wesentlichen die Vorgänge des Lebens auch ohne Nervensystem möglich sind. Mit anderen Worten, L. zeigt, dass die Verhältnisse bei niederen Thieren denen bei den Pflanzen nahe stehen, dass hier wie dort viele Bewegungen vor sich gehen, ohne dass Nerven dazu nöthig wären, dass die Nerven die Bewegungen auf Reize hin erleichtern, aber nicht ihre Bedingung sind. Besonderen Werth legt der Vf. auf die Vorgänge, die er Tropismen nennt, das Hinneigen der Pflanzen und mancher Thiere zum Lichte, die von der Schwere abhängenden Bewegungen u. s. f. Wie bei Pflanzen und niederen Thieren Reflexe ohne Nerven möglich sind, so mögen auch bei den höherstehenden Organismen sich ähnliche Vorgänge nachweisen lassen. L. glaubt z. B. daran, dass die Weite der Blutgefässe sich ohne Nerven den Umständen anpassen könne. Wenn auch die Anwendung auf höhere Thiere und die Beziehung auf die Goltzischen Hunde Bedenken erregen, ist doch im Ganzen nicht viel einzuwenden. Nur ist die Erkenntniss, dass in der Natur dasselbe Ziel auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann und dass dasselbe, wozu hier Nerven dienen, dort ohne Nerven möglich ist, nicht gerade neu. Hätte der Vf. vor 50 Jahren schon gelebt, so hätte er schon damals das alles und viel mehr in Fechner's Nanna finden können.

Zuweilen kann man dem Vf. durchaus zustimmen, z. B. bei seiner Bekämpfung der Lehre des Flourens vom noeud vital. Allzuoft aber spielt er mit Worten. Zum Beispiel bespricht er den Geotropismus und meint, damit, dass die Schwere als Reiz wirkt, alles erklärt zu haben. Das Merkwürdige aber ist eben, dass die Schwere zu bestimmten Leistungen Anlass giebt. So will der Vf. von der Coordination nicht viel wissen; wenn verschiedene Theile sich im gleichen Tempo bewegen, so soll das nach L. daher kommen, dass der sich am raschesten bewegende Theil die anderen zwingt, sein Tempo anzunehmen. Ja, wie zwingt er denn? Eine Hauptangelegenheit ist dem Vf. die Vertheidigung der „Segment-Theorie" im Anschlusse an Goltz gegen die „Centren-Theorie". Auch hier ist vieles Wortstreit und der Umstand, dass mit dem Worte Centrum rechter Unfug getrieben worden, giebt dem Vf. ein weites Feld. Dass jedes Segment ein in gewissem Sinne selbständiger Organismus ist, das wird man ja nicht bezweifeln. Damit ist aber doch die Thatsache, dass die Segmente combinirt sind und dass ihre Thätigkeiten zu höheren Zwecken in der mannigfaltigsten Weise verknüpft werden, nicht aus der Welt geschafft. Ein Capitel ist den Instinkten gewidmet. L. zeigt, dass bei manchen niederen Thieren Bewegungen, die gewöhnlich als instinktmässig bezeichnet werden, durch „Tropismen" erklärt werden können. Wenn z. B. die jungen Raupen an den Bäumen in die Höhe kriechen, wo sie die jungen Knospen finden, so ist das positiver Heliotropismus; haben sie gefressen, so tritt in ihnen eine chemische Veränderung ein, der Heliotropismus wird negativ und sie kriechen wieder herunter. Gut, es mag so sein. Wenigstens im Principe hat L. recht, wenn er meint, man müsse die Bewegungen der lebenden Wesen erklären wie die von Maschinen. Nur sollte er nicht meinen, dass damit die Sache erledigt sei. Was uns interessirt, ist ja nicht nur der Apparat, durch den die Bewegung zu Stande kommt, sondern die Zweckmässigkeit der Bewegung, die Beziehung der durch mehr oder weniger einfache Apparate bewirkten zweckmässigen Bewegungen zu den Bewegungen, von denen wir aus eigener Erfahrung wissen, dass sie mit seelischen Zuständen verknüpft sind. Die physiologische Erklärung im Sinne L.'s ist eine Sache für sich. Nur darf man nicht verlangen, dass ein denkender Mensch durch sie auf die Dauer zufriedengestellt werde. Wenn ein höheres Wesen, das um so viel über dem Menschen stände wie dieser etwa über dem Krebse, den Vf. untersuchte, so würde es auch nur eine Maschine finden und sagen, dieser L. ist

nichts als eine auf eigenthümliche Weise verkuppelte Reihe von Ganglien und seine Bewegungen sind in der Hauptsache Tropismen. Gewiss, ein Physiolog kann sich auf den Maschinen-Standpunkt stellen, dann sollte er aber überhaupt nicht von Bewusstsein reden und am allerwenigsten eine Theorie des Bewusstseins entwickeln wollen.

Im Grunde ist die Sache gar nicht so schlimm. Wenn es dem Vf. gelingen sollte, den naiven Realismus des unbelehrten Menschen zu überwinden, so wird er selbst die Mängel seiner Auffassung erblicken und dann wird das viele Gute und Richtige, das seine Darlegungen enthalten, ungehindert zum Rechte kommen.

Die Erörterungen über die Goltzischen Hunde können wir ruhig übergehen. Die Controverse Goltz-Munk ist etwas anachronistisch. Munk hatte durch psychologische Erörterungen gefehlt. Gegen diese ist leicht zu kämpfen und damit markirt die Goltzische Schule ihren Rückzug. Sobald auf die menschlichen Verhältnisse eingegangen wird, zeigt sich auch der Vf. insufficient.

Möbius.

5. **Technisches und Psychologisches in der Beschäftigung von Nervenkranken**; für Aerzte bearbeitet von A. Grohmann, Beschäftigungs-Institut für Nervenkranke in Zürich. Mit einem Vorwort von Dr. P. Möbius in Leipzig und San.-R. Dr. Wildermuth in Stuttgart. Stuttgart 1899. Ferd. Enke. Gr. 8. 76 S. (2 Mk.)

Der *Ref.* hat Gr.'s vortreffliche Schrift mit folgenden Worten eingeführt.

„Es ist mir ein wahres Vergnügen, den vortrefflichen Aufsatz des Herrn Grohmann empfehlen zu dürfen. Es ist vielleicht das Beste unter dem, was ich seit Jahren über die Behandlung der Nervenkranken gelesen habe. Mit einiger Beschämung sage ich mir, dieser Ingenieur stellt uns Aerzte in den Schatten. Freilich ist seine Person eine seltene Vereinigung guter Eigenschaften: mit grosser Erfahrung verbindet er meist technische Kenntnisse und Fertigkeiten, mit Gelassenheit, Wohlwollen, mit gesundem Menschenverstande ein feines, man möchte sagen instinktives Verständniss für die pathologischen Naturen. Ein solcher Mann müsste in jeder Anstalt für Nervenkranke zu finden sein, aber leider wird man Seinesgleichen nicht oft finden. Um so mehr sollte man den ungewöhnlichen Mann schätzen und sein verdienstvolles, uneigennütziges Handeln nach Kräften unterstützen. Die Zeit wird kommen, zu der man seinen Werth und den Werth seiner Mittheilungen erkennen, zu der man mit Dank von dem bescheidenen Schweizer Ingenieur und seiner bisher schlecht belohnten Arbeit sprechen wird, aber es wäre gut, sie käme bald. Bis jetzt ist der Kreis der Verstehenden recht klein. So wichtig die Sache, so gross das Bedürfniss ist, eben so wenig Verständniss ist bisher in weiteren Kreisen zu finden. Die Fürsorge für die Nervenkranken ist eben noch nicht Mode geworden. Indessen man wird allmählich einsehen müssen, dass diese Fürsorge nicht eine Sache des Erwerbes bleiben darf, und dass nicht die verschiedenen „Therapieen", die „die Wissenschaft" bis jetzt geliefert hat, sondern die Ordnung des Lebens und die rechte Arbeit den Nervenkranken Hülfe bringen. Jetzt kämpfen wir gegen den Widerstand der stumpfen Welt, aber der Sieg wird kommen, früher oder später. Sind erst die Wege geebnet, arbeiten viele Kräfte zusammen, so wird wohl manches leichter werden, als es jetzt Herrn Grohmann erscheinen muss. Ist es erst selbstverständlich geworden, dass in der Anstalt gearbeitet wird, haben sich erst Traditionen und Gewohnheiten gebildet, so wird die Maschine mit weniger Reibung arbeiten. Auch wird sich, denke ich, im grösseren Kreise und bei reicheren Mitteln manche Beschäftigung, bei der noch nicht volle Zufriedenheit erreicht worden ist, ich meine besonders die Gärtnerei, lohnender erweisen."

Die Abhandlung enthält Bemerkungen:

1) Ueber die Beschäftigung der Nervenkranken im engeren Sinne (1. Landwirthschaft, 2. Gärtnerei, 3. Tischlerei, 4. einige andere von Gr. für Patientenbeschäftigung angewandte Arbeiten, 5. die Politik in der Werkstatt und im Garten, 6. das Verhalten der Nervenkranken gegen die Arbeitkur).

2) Ueber einige andere Faktoren, die bei der Beschäftigungskur eine Rolle spielen (1. Abstinenz von Alkohol, 2. Beeinflussung der allgemeinen Lebenshaltung, 3. die Beziehungen der Nervenkranken zu einander, 4. die Beziehungen zu den Angehörigen der Patienten, 5. Vorschläge zu einer erweiterten Fürsorge um Nervenkranke).

Die Vorschläge des letzten Abschnittes gehen dahin, es möchte eine Genossenschaft auf dem Lande eine Anstalt für Nervenkranke mit billigen Lebensbedingungen und klosterähnlicher Einrichtung bauen. In ihr wird das erreicht werden, was erreichbar ist. Die Gedanken Gr.'s treffen also mit denen des *Ref.* zusammen.

Möbius.

6. **Handbuch der praktischen Chirurgie.** In Verbindung mit verschiedenen Autoren bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. E. v. Bergmann, Prof. Dr. P. v. Bruns und Prof. Dr. Mikulicz. Lief. 1. Stuttgart 1899. Ferd. Enke. Gr. 8. S. 1—192. (4 Mk.)

Das von den in der Ueberschrift genannten Autoren in Verein mit zahlreichen Fachgenossen begründete *Handbuch der praktischen Chirurgie* soll eine umfassende Darstellung des heutigen Standes der speciellen chirurgischen Pathologie und Therapie bieten und somit eine Lücke in der deutschen chirurgischen Literatur ausfüllen, die neben den Lehrbüchern für Studirende und Aerzte nur die umfangreiche, monographisch bearbeitete „deutsche

Chirurgie“ besitzt. Das Handbuch der praktischen Chirurgie wendet sich an den *ausübenden Chirurgen,* nicht allein an den Fachchirurgen, sondern auch an jeden praktischen Arzt, der unter Umständen den verschiedensten Aufgaben der modernen Chirurgie gewachsen sein muss; diesem soll das Handbuch ein zuverlässiger Rathgeber und Führer in allen praktischen Fragen sein. Entsprechend den vorwiegend praktischen Zwecken des Handbuches sind die Capitel über *klinischen Verlauf* und *Diagnose,* sowie *Prognose* und *Therapie* besonders eingehend behandelt, während alle theoretischen Erörterungen, soweit sie nicht als wissenschaftliche Grundlage unentbehrlich sind, zurücktreten.

Die Bearbeitung der einzelnen Abschnitte ist in die Hände von Verfassern gelegt worden, die durch ihre Arbeiten auf dem entsprechenden Gebiete bereits bekannt sind: sie sind daher in der Lage, nicht blos den gegenwärtigen Stand unseres Wissens wiederzugeben, sondern letzteres durch die Ergebnisse eigener Untersuchungen und Erfahrungen zu bereichern.

In der bisher vorliegenden 1. Lieferung des Werkes giebt v. Bergmann auf über 160 Druckseiten eine nach jeder Richtung hin ausgezeichnete und klare Darstellung der *Verletzungen und Erkrankungen der Weichtheile und der Knochen des Schädels.* Daran schliessen sich die ebenfalls von v. Bergmann bearbeiteten ersten 3 Capitel der *Verletzungen und Krankheiten des Gehirns, seiner Hüllen und Gefässe,* nämlich die *angeborenen chirurgischen Krankheiten;* die *Gehirnerschütterung;* der *Hirndruck* und die *Operationen wegen Hirndruck.*

Hoffen wir, dass die folgenden Lieferungen (im Ganzen sollen etwa 20 Lieferungen von je 12 Druckbogen erscheinen) recht rasch aufeinander folgen, und dass sich ihr Inhalt bezüglich der Vollständigkeit und Klarheit der Darstellung in nichts von dem der 1. Lieferung unterscheidet.

Die äussere Ausstattung des Heftes lässt nichts zu wünschen. P. Wagner (Leipzig).

7. **Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke**; von Prof. Dr. F. Krause. Stuttgart 1899. Ferd. Enke. Gr. 8. LVI u. 288 S. mit 98 Abbild. im Text u. 2 Taf. in Farbendruck. (13 Mk.)

Diese fast 300 Druckseiten starke Abhandlung über *Knochen- und Gelenktuberkulose* bildet die Lieferung 28a der *„deutschen Chirurgie“.* Dass es der Redaktion dieses nun endlich bald abgeschlossenen Sammelwerkes gelungen ist, für dieses so überaus wichtige Gebiet der chirurgischen Pathologie den früheren langjährigen Assistenten von Volkmann's, F. Krause zu gewinnen, werden ihr alle Leser Dank wissen.

Neben König ist es namentlich v. Volkmann gewesen, der die grundlegenden Arbeiten für die Knochen- und Gelenktuberkulose geschaffen hat. Nach eigenen, in der v. Volkmann'schen Klinik gesammelten Erfahrungen und nach Thierversuchen hat Kr. bereits 1891 eine ausführliche Monographie der Tuberkulose der Knochen und Gelenke veröffentlicht. In den letzten Jahren hat er als Oberarzt einer grossen chirurgischen Abtheilung seinen Erfahrungskreis noch bedeutend vergrössern können.

In dem Rahmen dieser kurzen Besprechung ist es nicht möglich, auch nur annähernd ein Bild von dem reichen Inhalte des Buches zu geben; umfasst doch die Literaturübersicht allein 44 Druckseiten! Nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblick werden im 1. Abschnitte die *anatomischen Verhältnisse der Knochen- und Gelenktuberkulose* besprochen. Die weiteren Abschnitte handeln von der *Pathogenese,* den *Symptomen* und dem *Verlaufe,* der *Aetiologie, Diagnose, Prognose* und *Behandlung* der tuberkulösen Knochen- und Gelenkaffektionen. Für den Praktiker besonders wichtig ist namentlich der letzte Abschnitt über die *Behandlung.* Die zahlreichen Methoden der *conservativen* und *operativen Therapie* werden gleich eingehend besprochen und in ihren Indikationen genau gegeneinander abgewogen. „Wir hören mit der conservativen Therapie nach kurzer Zeit auf“, sagt Kr., „wenn das Leiden entschiedene Fortschritte macht, nach längerer Beobachtung, wenn keine Zeichen von Besserung wahrzunehmen sind; oft auch, sobald Complikationen von Seiten der inneren Organe sich entwickeln. In gar nicht seltenen Fällen erwächst uns die Verpflichtung, die Kranken in nicht zu langer Zeit ihrer Familie und ihrer Beschäftigung zurückzugeben; dann können wir die conservativen Maassnahmen selbst in Fällen, in denen sie Erfolg versprechen, nicht fortsetzen. Denn es ist bei jener Behandlung die Heilung einer Gelenktuberkulose nur selten vor Ablauf vieler Monate, ja eines Jahres zu erwarten, am Kniegelenk bedarf es selbst in günstigen Fällen zweier oder mehrerer Jahre. So lange Zeit aber können viele Leute ihrer Krankheit nicht opfern.“

P. Wagner (Leipzig).

8. **Die Krankheiten der Knochen und Gelenke (ausschliesslich der Tuberkulose)**; von Prof. Dr. K. Schuchardt. Stuttgart 1899. Ferd. Enke. Gr. 8. CXXXVI u. 338 S. mit 138 Abbild. u. 2 Taf. in Farbendruck. (18 Mk.)

In dem früheren Pitha-Billroth'schen Sammelwerke der Chirurgie sind die Krankheiten der Knochen und Gelenke, einschliesslich der tuberkulösen Erkrankungen, von v. Volkmann bearbeitet worden, und zwar in einer Weise, die das Buch auch heute noch als „classisch“ erscheinen lässt. In der „deutschen Chirurgie“ ist die Bearbeitung der *Knochen- und Gelenkerkrankungen,* ausschliesslich der Tuberkulose, Schuchardt

zugefallen, einem früheren Assistenten v. Volkmann's. Seit dem Erscheinen des v. Volkmann'schen Werkes sind unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete ausserordentlich erweitert und vervollständigt worden; Sch. gebührt jedenfalls das Verdienst, in der jetzt vorliegenden neuen Bearbeitung der Krankheiten der Knochen und Gelenke, die gleichzeitig Lieferung 28 der „deutschen Chirurgie" bildet, eine sorgfältige Darstellung aller jetzt feststehenden Thatsachen gegeben zu haben.

Das der Arbeit vorangestellte Literaturverzeichniss umfasst 124 enggedruckte Seiten!

Der erste, bei Weitem umfangreichere Theil des Buches behandelt die *Krankheiten der Knochen.* In der *Einleitung* werden zunächst die allgemeine Anatomie, Physiologie und Pathologie der Knochen besprochen. In den folgenden Abschnitten werden die *atrophischen Zustände*, die *Erweichungzustände*, die *hypertrophischen Zustände* und die *Infektionkrankheiten des Skelets* abgehandelt. Der letzte Abschnitt des 1. Theiles umfasst die *autonomen Neubildungen des Knochens.*

Im 2. Theile, den *Krankheiten der Gelenke*, folgen auf allgemeine *anatomische und physiologische Vorbemerkungen* Abschnitte über *exsudative, proliferirende, atrophirende, dyskrasische* und *nervöse* Gelenkentzündungen. Ob diese Eintheilung der Knochen- und Gelenkkrankheiten für den Praktiker besonders vortheilhaft ist, erscheint uns fraglich. Auch ist es zu bedauern, dass die Therapie im Grossen und Ganzen etwas stiefmütterlich weggekommen ist. P. Wagner (Leipzig).

9. **Die Diagnose der praktisch wichtigen angeborenen Störungen des Farbensinnes**; von Dr. W. Nagel in Freiburg i. Br. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. Gr. 8. 40 S. (1 Mk.)

Kurz und klar, nur für den Bedarf des praktischen Arztes bestimmt, ohne lange theoretische Erklärungen wird dieses Büchlein für den praktischen Arzt, den Bahn- und Marinearzt ein sehr nützlicher, zuverlässiger Rathgeber sein. Es sind die verschiedenen Formen der Farbenblindheit beschrieben und die zu ihrer schnellen Untersuchung geeigneten und für jeden Arzt um wenig Geld leicht anzuschaffenden Mittel angegeben. Besonders berücksichtigt sind die Holmgren'sche Wollprobe, die pseudoisochromatischen Tafeln von Stilling, die Pflüger'sche Methode der Florcontrastprobe, die Daae'sche Farbentafel und die vom Autor selbst zusammengestellten Farbentafeln, sowie sein zur Diagnose der Farbenblindheit angegebener Farbengleichung-Apparat. Im Besonderen werden noch die Massenuntersuchungen, die Prüfung des Eisenbahn- und Marinepersonales, sowie der Simulanten und Dissimulanten besprochen. Das trefflich ausgestattete Heft ist jedem Praktiker sehr zu empfehlen.

Lamhofer (Leipzig).

10. **Graefe-Saemisch's Handbuch der gesammten Augenheilkunde**; herausgeg. von Theodor Saemisch. 2. neubearb. Auflage. 1.—9. Lief. Leipzig 1899. Wilhelm Engelmann. 8. (Lief. 3 Mk.)

Von dem Werke liegen jetzt ausser den von uns schon erwähnten 3 Heften, die die Motilitätstörungen, bearbeitet von dem leider jüngst verstorbenen A. Graefe, enthalten, weitere 5 Hefte vor. In ihnen werden wir durch Hirschberg in die Geschichte der Augenheilkunde eingeführt. Finden sich auch in allen grösseren Lehrbüchern mehr oder minder vollständige Literaturangaben, so lässt sich das Alles doch nicht im Entferntesten vergleichen mit der ausführlichen, auf genauestem Quellenstudium beruhenden geschichtlichen Darlegung der Augenheilkunde durch den berühmten sprachenkundigen Forscher. Wir lernen hier die Augenheilkunde der alten Aegypter, der Inder, Perser, Griechen, Römer u. s. w. kennen, die Hauptlehren, wie sie im Papyrus Ebers, in den Schriften des Hippokrates, Galen, Celsus u. A. uns erhalten sind. Wer nur irgend ein wenig Sinn für die Geschichte der medicin. Wissenschaft hat, wird diese Abhandlungen mit ihrer genauen, trefflichen Uebersetzung der Urtexte gern durchlesen und wiederholt sich dem Studium der einzelnen Abschnitte hingeben. Lamhofer (Leipzig).

11. **Jahresbericht über Dr. Schreiber's Augenheilanstalt in Magdeburg.** Magdeburg 1899. Im Verlage der Anstalt.

Dem statistischen Berichte über die poliklinische und klinische Thätigkeit in seiner Augenheilanstalt während der Jahre 1897 und 1898 hat Schr. in den früheren Jahren stets vortreffliche kurze klinische Abhandlungen folgen lassen. Auch diesmal berichtet er über seine praktische Erfahrung bei der Anwendung der Dimmer'schen Operation des Ektropium, ihrer Verwendung bei senilem und Narben-Ektropium und ihrer passenden Abänderung. Ferner giebt er die Beschreibung und Abbildung eines von ihm construirten Exophthalmometers, das sowohl zur Abmessung des vorstehenden Augapfels, als auch zur Messung der Ablenkung nach oben und den Seiten und des Pupillenabstandes zu gebrauchen ist. Eine kleine Krankengeschichte betrifft ein 4jähr. Mädchen mit pulsirendem Exophthalmus. Dem Kinde war die Spange eines Regenschirmes in die Augenhöhle gedrungen. Es traten Exophthalmus und schwirrende Geräusche auf. Mehrere Monate nach dem Unfalle wurde die Carotis communis unterbunden ohne sofortigen Rückgang des Augapfels. Nur die Geräusche verschwanden. Später betrug der Exophthalmus nur noch 2 mm; es blieb aber die bei der ersten Untersuchung schon festgestellte Abducenslähmung. Stauungpapille oder Neuritis war niemals zu bemerken; das Sehvermögen war und blieb fast normal. Lamhofer (Leipzig).

12. **Die Verletzungen des Auges.** *Ein Handbuch für den Praktiker;* von Dr. E. Praun in Darmstadt. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. Gr. 8. 530 S. (12 Mk.)

Das von P. mit bewundernswerthem Fleisse und Geschick zusammengestellte grosse Werk über die Verletzungen des Auges gehört zu jenen Büchern, die als Nachschlagewerke sowohl dem erfahrenen Specialisten zum Vergleiche seiner Ansicht und seiner Anordnungen, als auch dem praktischen Arzte zur Beurtheilung schwerer Schädigungen des Auges von grösstem Nutzen sind. Die anatomischen, physiologisch-optischen und therapeutischen Regeln der Augenheilkunde sind als bekannt vorausgesetzt, aber die Beschreibungen, auch die der operativen Thätigkeit, sind durchaus genügend ausführlich und für jeden Arzt verständlich.

Das Werk zerfällt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil, deren einzelne Abschnitte nur in Titeln anzuführen zu viel Raum einnehmen würde. Es sind eben, so weit dies überhaupt möglich ist, alle Arten von Verletzung des Auges und seiner Umgebung, ihre Wirkung auf die kleinsten Theile des Auges, das ganze Auge, sowie das andere nicht verletzte Auge und alle Folgen für das Sehvermögen, sowie die medikamentöse und operative Behandlung ausführlich geschildert und durch eine ganz erstaunlich grosse Menge gut geschriebener Krankengeschichten erläutert. Die letzten Capitel des 1. Theils über die Statistik der Verletzungen, die Sachverständigenthätigkeit vor dem Strafrichter und die Feststellung und Berechnung des Schadens bei Augenverletzungen sind von besonderem Werthe.

Das von der Verlagshandlung vortrefflich ausgestattete Werk enthält sehr viel kleinen Druck, was dem Ref. gerade in ophthalmologischen Werken im Allgemeinen ein Greuel ist; wenn aber der kleine Druck wenigstens so scharf und deutlich ist wie in diesem Buche, kann man ihn noch gelten lassen. Lamhofer (Leipzig).

13. **Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1898.** *Ein Jahrbuch für praktische Aerzte;* von Dr. Arnold Pollatschek. X. Jahrgang. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. Gr. 8. XXXIII u. 350 S. (7 Mk.)

Nach Art eines Wörterbuches stellt P. unter Stichworten, die theils Krankheiten und einzelne Erscheinungen, theils Heilmittel, Kurorte u. s. w. bezeichnen, das wichtigste aus der Literatur des vergangenen Jahres zusammen. Er geht dabei mit einer gewissen Kritik vor und versichert z. B. im Vorworte, dieses Mal die neuerdings im Vordergrunde stehende diätetische, physikalische, manuelle Behandlung ganz besonders berücksichtigt zu haben. Das Erscheinen des X. Jahrganges beweist jedenfalls, dass P.'s Unternehmen Anklang gefunden hat; er bietet seinen Lesern alljährlich eine ganze Masse neuester Wissenschaft in sehr bequemer Form. Dippe.

14. 1) **Vorlesungen über Kinderkrankheiten.** *Ein Handbuch für Aerzte und Studirende;* von Prof. Eduard Henoch. 10. Auflage. Berlin 1899. Aug. Hirschwald. Gr. 8. XII u. 917 S. (17 Mk.)

2) **Lehrbuch der Kinderkrankheiten.** *Für Aerzte und Studirende;* von Prof. Adolf Baginsky. 6., vielfach vermehrte u. verbesserte Auflage. 1. Abtheilung. Braunschweig 1899. Friedr. Wreden. Gr. 8. VII u. 480 S. (8 Mk. 60 Pf.)

Zwei gute alte Bekannte, deren Erscheinen in neuer Auflage für ihre unverminderte Beliebtheit spricht und die keiner besonderen Empfehlung mehr bedürfen. Beide Verfasser haben ihre Bücher wiederum gründlich durchgearbeitet, wobei namentlich Henoch wie früher den experimentellen, bakteriologischen, chemischen Forschungen gegenüber grosse Vorsicht hat walten lassen und nach wie vor den grössten Werth auf eine richtige Darstellung und Verwerthung der klinischen Thatsachen legt.

Baginsky verspricht den Schluss seines Buches schon für die nächsten Wochen. Dippe.

15. **Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten.** *Briefe an einen jungen Arzt;* von Dr. H. Neumann in Berlin. Berlin 1899. Oscar Coblentz. Gr. 8. VI u. 285 S. (7 Mk.)

In der ebenso zwanglosen wie anregenden Form von 22 Briefen eines älteren Freundes an einen angehenden Collegen bespricht N. in ausgezeichneter Weise die wichtigeren Capitel der Behandlung der Erkrankungen des Kindesalters. In jedem Satze verräth sich der wissenschaftlich gebildete, vorurtheilsfreie, kritische Arzt, dem eine grosse langjährige Erfahrung zur Seite steht. Seine Rathschläge sind einfach und klar. Er hält sich mit Recht fern von schädlicher Vielgeschäftigkeit und theilt nur mit, was er selbst im Laufe der Jahre erprobt hat, das aber hinreichend ausführlich. Ueberaus angenehm berührt es, dass N. allenthalben sowohl für die einzelnen Heilmethoden, als auch für die Anwendung der verschiedenen Medikamente genaue Indikationen aufstellt. Die Dosirung der Arzneimittel für die verschiedenen Alterstufen wird in Fussnoten, leicht in die Augen fallend, besprochen. Die diätetische, physikalische (namentlich hydrotherapeutische) und arzneiliche Behandlung wird in gleichmässiger Weise berücksichtigt. Ein sehr sorgfältig ausgearbeitetes Register erleichtert die Handhabung des in jeder Hinsicht empfehlenswerthen Buches.

Brückner (Dresden).

16. **Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten** nach Recepten der Abtheilung des Primararztes Prof. Dr. Mraček im k. k.

Rudolfspitale in Wien zusammengestellt von Dr. H. Kafka. München 1898. Kl. 8. IV u. 76 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Das Heftchen giebt eine Reihe von bewährten Recepten und Heilmethoden für die Haut- und Geschlechtskrankheiten, deren alphabetische Anordnung das Auffinden des jeweilig Gewünschten erleichtert. Zum Schlusse sind einige Kosmetica angeführt. Zunächst für die Besucher der Mraček'schen Klinik bestimmt, erscheint die kleine Sammlung auch für weitere Kreise brauchbar.

Wermann (Dresden).

17. **Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques**; par L. Brocq. Paris 1898. G. Carré et C. Naud. 8. IV et 285 pp. avec 20 figures. (6 Frcs.)

Das Buch giebt den Inhalt eines Theiles der klinischen Vorlesungen, die B. im Hospital Broca-Pascal abhält, eine ausführliche Darstellung der in der Dermatologie angewendeten chirurgischen Methoden, der Behandlung mit Elektricität, mit Licht und heisser Luft.

Die kleine Chirurgie umfasst die Auskratzung, die Scarifikation, die Thermokauterisation. Eine lokale Anästhesie ist in der Dermatologie nur selten nöthig; bei der elektrolytischen Entfernung der Haare an den Gliedern empfiehlt sich die Anwendung des Aethylchlorids, bei der Kauterisation von Papillomen, kleinen Warzen, Naevis, Lupus sclerosus das Chlormethyl, Aether oder Aethylchlorid empfehlen sich bei blutigen Eingriffen; Cocain wird am besten nur äusserlich auf Schleimhäute oder von Epidermis entblösste Hautstellen angewendet. Die einzelnen kleinen Operationen werden erschöpfend dargestellt, das Instrumentarium, seine Anwendung, der Verlauf der Eingriffe geschildert und am Schlusse sind die einzelnen Erkrankungen angeführt, bei denen die verschiedenen Verfahren zur Anwendung kommen.

Unter den elektrischen Behandlungmethoden nimmt die Elektrolyse die erste Stelle ein. B. hat dieses Verfahren in der gründlichsten und vortrefflichsten Weise ausgebaut und ist selbst darin ein Meister. Die Elektrolyse findet hauptsächlich ihre Anwendung bei der Hypertrichosis, ferner bei Angiomen, Naevis, Keloiden u. A. Die statische Elektricität ist von Werth bei der Behandlung der pruriginösen Dermatosen, die in Folge nervöser Reizbarkeit und bei Arthritis auftreten; die statische Elektricität scheint das Nervensystem zu beruhigen, den Kranken zu kräftigen und den Stoffwechsel zu beschleunigen.

Ueber den Werth der Behandlung mit den Röntgen-Strahlen, mit dem Lichte und der heissen Luft ist zur Zeit noch kein abschliessendes Urtheil zu fällen, doch regen die bisher erreichten Erfolge zu eingehendem Studium dieser Behandlungmethoden an.

Das vorzüglich ausgestattete Werkchen zeichnet sich durch eine glänzende Darstellung und erschöpfende Gründlichkeit aus wie alle Arbeiten, die aus der Feder B.'s geflossen sind. Es ist für Jeden, der sich eingehender mit der Behandlung der Hautkrankheiten beschäftigen will, unentbehrlich.

Wermann (Dresden).

18. **Die wichtigsten vegetabilischen Nahrungs- und Genussmittel mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Untersuchung auf ihre Echtheit, ihre Verunreinigungen und Verfälschungen**; von Prof. A. E. Vogel. Berlin u. Wien 1899. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. XV u. 575 S. mit 271 Holzschnitten. (18 Mk.)

Das gut ausgestattete, in 9 Lieferungen fertig vorliegende Werk wird für Jeden, der mit der Untersuchung vegetabilischer Nahrung- und Genussmittel zu thun hat, ein zuverlässiger Führer sein. Es behandelt vorwiegend die im Handel in gepulvertem oder gemahlenem Zustand vorkommenden Mittel, und ihre Prüfung auf Verunreinigungen und Fälschungen mit Hülfe des Mikroskops, während jene Mittel, bei denen die mikroskopische Prüfung nicht von praktischer Bedeutung ist, kürzer behandelt sind. Aus der chemischen Literatur ist das für den Mikroskopiker Wichtige mitgetheilt.

Der Stoff ist in 6 Abtheilungen gegliedert. Die *erste* umfasst die Mahlprodukte der Cerealien und Leguminosen, Stärke und Sago. Im allgemeinen Theile werden der Bau der Getreidefrüchte, der Mahlprocess, die Mehlsorten, die mikroskopische Untersuchungmethode und die Verunreinigungen und Fälschungen des Mehles besprochen, im besonderen Theile die einzelnen Getreidesorten und ihre Mahlprodukte, die Leguminosen und ihre Mehle, und die verschiedenen Stärke- und Sagosorten. Die *zweite* und die *dritte* Abtheilung geben eine kurze Charakteristik der wichtigeren Gemüse, Pilze und Obstsorten. Ausführlicher ist wieder die *vierte* Abtheilung gehalten, die von den narkotischen Genussmitteln handelt. In der *fünften* Abtheilung sind die gebräuchlicheren Gewürze nach den Pflanzentheilen, die sie darstellen, geordnet beschrieben, und die *sechste* Abtheilung beschäftigt sich mit den häufigsten mikroskopisch nachweisbaren Mitteln, die zur Verfälschung der im Detailhandel gepulvert abgegebenen Gewürze verwandt werden.

Ein Sachregister und ein Verzeichniss der hauptsächlichsten Literatur sind beigegeben. Die Holzschnitte sind grösstentheils nach eigenen Originalzeichnungen ausgeführt. Woltemas (Diepholz).

19. **Transactions of the obstetrical Society of London.** *Vol. XXXIV. 1892* [1]).

I. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1) Cullingworth: *Geplatzte Tubenschwangerschaft.* (p. 134.)

---

[1]) Durch verschiedene Umstände hat sich die Bearbeitung der Transactions verzögert. Wir bitten unsere Leser um Entschuldigung und versprechen, das Versäumte möglichst schnell nachzuholen. Redaktion.

C. machte bei einer 37jähr. Frau wegen einer nach Tubenruptur entstandenen Hämatocele etwa 7 Wochen nach eingetretener Ruptur die Laparotomie und fand das kleine Becken ausgefüllt von festen Blutmassen, in deren Centrum der 4 Zoll lange Foetus im Zusammenhang mit der 6½ Zoll langen Nabelschnur, Placenta und Eihäuten gefunden wurde. Das Dach der Hämatocele bildeten das Netz und Darmschlingen. Als ursprünglicher Sitz der Schwangerschaft wurde die zerrissene rechte Tube gefunden und wurde, nach Ausräumung der Beckenhöhle entfernt. Die Frau genas.

2) Cullingworth: *Nicht geplatzte Tubenschwangerschaft mit Austritt des Foetus.* (p. 155.)

C. entfernte bei einer Frau, die wegen anhaltender Blutung während der Schwangerschaft in Behandlung kam und bei der die Diagnose mit Sicherheit auf rechtseitige Tubengravidität gestellt werden konnte, die stark mit Blut gefüllte und ausgedehnte rechte Tube. Sie war mit der Umgebung verwachsen und es hing an ihrem distalen Ende ein 2¾ Zoll langer Foetus, eingehüllt in einen gelblich durchscheinenden dünnen Sack, durch den die Knochen des einen Beines und Armes durchgedrungen waren. In der Bauchhöhle nur 1—2 unbedeutende Blutgerinnsel, während der grössere Theil des Blutes, die Placenta und ein Theil der Eihäute noch in der Tube waren. Auffallend in diesem Falle war der Umstand, dass die Frau ausser über die Blutung über nichts zu klagen gehabt hatte. Der Verlauf nach der Operation war ein normaler.

3) Lawson-Tait: *Ein Fall von ektopischer Schwangerschaft mit Austritt des Foetus am Ende der Schwangerschaft in die Bauchhöhle.* (p. 192.)

Die Operation wurde etwa 5 Monate nach Erlöschen der Kindesbewegungen und, wie mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen ist, nach normaler Dauer der Schwangerschaft vorgenommen. Dabei fand sich der kindliche Körper frei in der Bauchhöhle, umgeben von seinem Amnion, dessen Flüssigkeit aufgesogen war; es bestanden Verwachsungen mit dem Netze und der vorderen Bauchwand, die gelöst werden mussten. Der Nabelstrang zog zu der zur Grösse einer Cocosnuss ausgedehnten rechten Tube, die die Placenta enthielt. Die Tube wurde durch eine nach 48 Stunden entfernte Klammer gesichert und entfernt. Die Frau genas ohne Störungen.

4) Lawson-Tait u. Christopher Martin: *Ueber das Wachsthum der Placenta nach dem Tode des Foetus bei Extrauterinschwangerschaft.* (p. 206.)

L.-T. und M. fanden in einem Falle von linkseitiger Tubenschwangerschaft die Tube orangengross und als Inhalt einen in seinem Amnionsacke befindlichen, weniger als 1 Zoll langen, abgeplatteten Foetus, während die grössere Masse des Inhaltes aus Placentagewebe bestand. Während der Foetus in seiner ganzen Entwickelung etwa der 7. Woche entsprach, schien die Placenta ihren Grössenverhältnissen nach dem 4. Schwangerschaftmonate anzugehören und L.-T. und M. nahmen deshalb an, dass nach eingetretenem Fruchttode die Placenta doch noch selbständig weiter wuchs.

5) Bland Sutton: *Tubenschwangerschaft mit Durchbruch in das Ligamentum latum.* (p. 217.)

Bei der Incision des das linke Lig. latum einnehmenden Tumor erfolgte eine starke arterielle Blutung, die nach Ausräumung des Sackes (Blutklumpen, Foetus, Placenta, dem 4. Monate entsprechend) durch sofortige Tamponade gestillt werden konnte. Die Sackwandung wurde in den unteren Winkel der Bauchwunde eingenäht und der Sack selbst durch ein Glasdrainrohr drainirt. Glatte Genesung.

6) G. E. Hermann: *Ueber den Zusammenhang von Retrodeviationen des Uterus und verlängerten Blutungen nach Geburt und Abort.* (p. 14.)

Die bezüglich dieser Frage an 3641 poliklinischen Kranken des London Hospital vorgenommenen Untersuchungen ergaben, dass Retrodeviationen viel häufiger bei Frauen gefunden werden, die geboren haben, als bei kinderlosen, dass sie ferner viel häufiger nachzuweisen sind, bei solchen, die kürzere Zeit nach einer Geburt oder nach einem Abort (3 Monate) zur Untersuchung kommen, als bei späteren Untersuchungen und gleichfalls häufiger sind, bei solchen Frauen, bei denen das Wochenbett nach Geburt oder Abort von längeren Blutungen begleitet war; dementsprechend findet man auch länger dauernde Blutungen häufiger bei Frauen mit Retrodeviationen des Uterus, als bei solchen mit normalen Genitalien. Auf Grund dieser Befunde kommt Hermann zu dem Schlusse, dass innige Beziehungen zwischen solchen Blutungen und Uterusretrodeviationen bestehen müssen.

7) Mc Cann u. W. A. Turner: *Ueber das Vorkommen von Zucker im Urin während des Puerperalzustandes.* (p. 473.)

C. und T. stellten an 100 Frauen Versuche an und fanden bei Verwerthung von 1400 Urinuntersuchungen, dass bei allen stillenden Wöchnerinnen zu einer bestimmten Zeit Zucker im Urin gefunden wird, und zwar am meisten 4—5 Tage nach der Entbindung. Der Zuckergehalt hängt ab von der Beschaffenheit der Brüste, von der Qualität und Quantität der Milch und von dem Saugen des Kindes; mit dem Nachlassen der Milch verringert sich auch die Zuckermenge, mit dem Erlöschen verschwindet sie. Bei ziemlich gleicher Milchproduktion und gleichem Milchverbrauch findet sich nur wenig Zucker.

8) W. Duncan: *Stricknadel zur Aborteinleitung.* (p. 223.)

Eine Schwangere stach sich im 6. Monate der Schwangerschaft zur Einleitung des Aborts eine 9 Zoll lange Stricknadel durch den Nabel in den Uterus. Bei der 2 Tage später vorgenommenen Laparotomie sah man die Nadelspitze aus dem Uterusfundus hervorragen; sie wurde herausgezogen und eine Naht durch die leicht blutende Stelle gelegt. 2 Tage später erfolgte der Abort. Am Steiss des Kindes fand sich ein schwarzer Fleck, der Stelle wahrscheinlich entsprechend, an der die Nadel eingedrungen war. Die Mutter genas.

9) Meredith: *2 Fälle von doppelseitiger Ovariotomie während der Schwangerschaft.* (p. 239.)

In dem 1. Falle handelte es sich um eine Erstgebärende, bei der im 3. Schwangerschaftmonate 2 grosse papillomatöse Ovariencysten entfernt wurden; es bestanden sehr starke Adhäsionen und es wurde 36 Stunden lang ein Glasdrainrohr in die Bauchhöhle eingelegt. Die Frau wurde am normalen Ende der Schwangerschaft von einem gut entwickelten Kinde normal entbunden.

Der 2. Fall betraf eine Mehrgebärende, bei der im 3. Schwangerschaftmonate eine linkseitige multiloculäre Cyste mit frischer Stieltorsion und rechts ein Dermoid entfernt wurden. Auch hier verlief die Schwangerschaft ungestört. In beiden Fällen trat von Seiten des Uterus trotz schwieriger Operationverhältnisse und obwohl kein Opium gegeben wurde, keinerlei Störung ein.

10) A. Lewers: *6 Fälle von Craniotomie und über die relative Stellung von Kraniotomie und Kaiserschnitt.* (p. 161.)

L. beschreibt ausführlich 6 Fälle, in denen die Conj. vera $2^3/_8$, $2^3/_4$—$2^7/_8$, $3^3/_8$, $2^3/_8$ und $2^1/_2$ Zoll betrug. Die beiden letzten Operationen wurden an ein und derselben Frau vorgenommen; alle Mütter genasen und hatten, bis auf eine, lang dauernde Geburtarbeit und 4 lange und anhaltende Entbindungversuche vor der Kraniotomie durchgemacht. Sämmtliche Operationen wurden mit Hülfe des Cephalotriptor vorgenommen, 3 von den 6 Frauen machten ein ungestörtes Wochenbett durch, eine fieberte, eine erkrankte an Pneumonie und eine dritte hatte eine sehr langsame Reconvalescenz. Da die Mortalität der Mütter in seinen Fällen $0^0/_0$ betrug, so ist L. der Ansicht, dass die Kraniotomie dem Kaiserschnitt als die ungefährlichere Operation vorzuziehen ist und letzterer nur in solchen Fällen zur Anwendung kommen soll, in denen andere Methoden gar nicht oder fast nicht anwendbar erscheinen. Zur Beckenmessung, bez. Bestimmung der Vera empfiehlt L. ein dickes, elastisches Ringpessar so einzulegen, dass es genau in der Richtung der Conjugata zu liegen kommt, der Durchmesser des Pessar giebt dann genau die Grösse der Conjugata an.

In der anschliessenden Diskussion wandten sich die meisten Redner gegen die von L. gemachten Ausführungen und waren fast alle, ganz besonders Cullingworth der Ansicht, dass über kurz oder lang die meisten Operateure den Kaiserschnitt bei lebendem Kinde der Perforation vorziehen und bei einer Vera von $2^1/_2$, einzelne, wie er selbst schon bei $2^3/_4$ Zoll empfehlen würden.

11) Cullingworth: *Sectio caesarea.* (p. 89.)

21jähr. Erstgebärende, 4 Fuss 5 Zoll hoch, mit rhachitischem, allgemein schräg verengtem, skoliotischem Becken mit einer Conj. vera von $2^1/_2$—$2^1/_2$ Zoll. (Uebrige Beckenmaasse $8^1/_2$, 9, $6^1/_2$, 3.) Operation einige Tage vor dem Wehenbeginn; der Uterus wurde in situ belassen, incidirt und erst nach der Extraktion des Kindes vorgewälzt. Kein Schlauch. Tiefe und halbtiefe Seidennähte mit Vermeidung der Decidua. Sterilisirung der Frau durch Ligatur beider Tuben. Mutter und Kind wurden gesund entlassen.

12) J. Shaw: *Sectio caesarea.* (p. 98.)

21jähr. Erstgebärende von 4 Fuss 5 Zoll Länge mit rhachitisch verengtem Becken und einer Conj. vera von $2^1/_2$ Zoll. Die Operation wurde, da die Herztöne des Kindes unregelmässig und leise wurden, vor dem Wehenbeginn vorgenommen, der Uterus mit einem Gummischlauche umschnürt und mit tiefen und einer oberflächlichen fortlaufenden Chromsäure-Catgutnaht wieder vereinigt. Sterilisirung der Frau durch Ligatur der Tuben mit Silkwormcatgut. Das Wochenbett verlief fieberhaft in Folge einer von retinirten Deciduaresten ausgehenden septischen Infektion; die Frau genas und wurde, ebenso wie das Kind, gesund entlassen.

13) Leith Napier: *Erfolgreicher Fall von Sectio caesarea.* (p. 105.)

29jähr. Zweitgebärende mit platt rhachitischem Becken und einer Conj. vera von $2^5/_8$ Zoll. (Uebrige Maasse 10, $10^1/_2$, $6^1/_2$.) 1. Entbindung durch Kraniotomie und Embryotomie beendet. Operation vor dem Wehenbeginn mit Anwendung des Schlauches. Tiefe und halbtiefe seromuskuläre Nähte. Ligatur und Durchschneidung beider Tuben. Das Wochenbett wurde durch eine Pleuropneumonie gestört, doch wurden Mutter und Kind gesund entlassen.

In der Diskussion gab 14) Murdoch Cameron (p. 117) an, dass er 15mal den Kaiserschnitt mit 2 nicht der Operation zur Last fallenden Todesfällen ausgeführt hat. Er räth, wenn die Wehen noch nicht begonnen haben, die Geburt vor Beginn der Operation einzuleiten, und warnt vor der von anderer Seite vorgeschlagenen Drainage des Cervikalkanales; auch er ist für eine Sterilisirung der Operirten durch Tubenligatur. In der weiteren Besprechung (p. 138) sprachen sich Heywood Smith und Champneys dafür aus, mit der Operation bis zum Wehenbeginn zu warten, während Cullingworth und Duncan dafür sind, dies nicht zu thun, vielmehr sich die passende Zeit und Tagesstunde auszusuchen; eine Atonie sei nicht zu befürchten, da die Operation genügende Contraktionen hervorrufe. Gegen die Verwendung des Schlauches waren Champneys, Cullingworth und Duncan, während Napier ihn besonders bei nicht ganz guter Assistenz nicht missen will. Die meisten Redner bevorzugen statt der mühsameren Serosanaht die Anwendung tiefer und halbtiefer Nähte.

15) W. Duncan: *Uterus und Nieren nach Sectio caesarea.* (p. 127.)

Es handelte sich um eine Zweitgebärende mit rhachitisch engem Becken ($9^3/_4$, $10^3/_4$, 6, 3). Operation vor dem Wehenbeginn. Am 8. Tage nach der Operation wurden bei gutem Aussehen der Wunde alle Nähte entfernt und 6 Stunden später brach bei einem starken Hustenstoss die ganze Bauchwunde mit Vorfall des Darms auf. Sofortige Reposition und Naht. Tod nach 34 Stunden. Die Uterusnähte hatten fast alle tief in die Uterussubstanz eingeschnitten, doch bestand keine Communikation mit dem Uterusinnern.

II. Neugeborene. Missbildungen.

1) H. E. Spencer: *Retroflexio uteri bei einem neugeborenen Kinde.* (p. 25.)

Sp. hat bei über 100 Sektionen nur einen derartigen Fall gefunden und bezeichnet deshalb die Retroflexion bei Neugeborenen als etwas Seltenes. Die Ursache war in diesem Falle ein auffallend langes Colon descendens, die hintere Uteruswand war an der Stelle des Knickungwinkels (40^0) 3mal so dick, als die vordere Wand.

2) Wheaton: *Prolaps eines Meckel'schen Divertikels in Form eines Nabeltumor.* (p. 184.)

Ein 2 Wochen nach Abstossung des Nabels auffallender kleiner, dunkler Tumor nahm nach und nach an Grösse zu und hatte bei dem 10 Wochen alten Kinde die Grösse einer Haselnuss erreicht; er war 1 Zoll lang und $^1/_2$ Zoll breit und hing mit einem dünnen Stiel am Nabel. Auf seiner Höhe fand sich eine Oeffnung, in die die Sonde $2^1/_2$ Zoll tief ohne Widerstand eindrang. Der Tumor wurde über einer Ligatur abgetragen und ergab sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein prolabirtes Meckel'sches Divertikel.

3) Wheaton: *Mikroskopische Untersuchung der Uterusschleimhaut eines Kindes, welches an Uterinblutungen gelitten hatte.* (p. 190.)

Die Blutungen fanden sich in den oberflächlichen Lagen der Uterusschleimhaut und waren demnach capillären Ursprungs. Die wenigen nachweisbaren Drüsen waren sehr kurz und erstreckten sich nur wenig in die Muskelschicht hinein. Auch in der Leber fanden sich capilläre Blutungen.

4) Giles: *Missbildung von Rectum und Blase u. s. w.* (p. 129.)

Der Oberkörper des Kindes, das 1—2mal geathmet hatte, war wohlgebildet; der eine Fuss hatte 2, der andere nur 1 Zehe; das Scrotum bestand aus 2 getrennten Hälften. Das Rectum ging direkt in die Blase über, in die sich die Vasa deferentia öffneten; der Blasenscheitel war nicht deutlich zu differenciren und ging direkt in den Tractus über. Beide Nieren und Ureteren fehlten. Die Aorta theilte sich sehr hoch in 2 ungleiche Aeste, von denen der rechte kleinere sich in die Iliaca externa und interna trennte, während die Hypogastrica fehlte.

5) Giles: *Congenitale Hernia diaphragmatica.* (p. 132.)

Die Oeffnung im Zwerchfell lag hinten rechts und war für 2 Finger durchgängig; durch sie waren der ganze Dünndarm, das Colon ascendens und der Proc. vermiformis in den Thorax getreten; Duodenum und Magen waren stark ausgedehnt, während die übrigen Intestina leer waren. Die rechte Lunge war atrophisch, besonders im unteren Lappen.

III. Gynäkologie.

1) G. E. Hermann: *Menstruation bei Uterusretrodeviationen.* (p. 225.)

Bei der Untersuchung von 388 Frauen fand H., dass bei 40% mit Retrodeviation des Uterus die Menses vermehrt waren. Da man nun im Allgemeinen bei 30% aller Weiber (Tumoren und Carcinome nicht inbegriffen) stärkere Menstrualblutungen findet, so schliesst er, dass wenigstens bei 10% die Retrodeviation an dieser Vermehrung die Schuld trage. Von den mit Retrodeviation behafteten Frauen klagte nur 1 Fünftel nicht über Schmerzen bei der Periode, und die Schmerzen waren um so heftiger, je stärker die Blutverluste waren; die Zahlen sind ziemlich die gleichen, bei 40% fanden sich stärkere Blutungen, bei 38% stärkere Periodenschmerzen.

2) Wheaton: *Mikrokokken in der Substanz eines degenerirten fibrösen Uterustumor.* (p. 187.)

Die Kr., von der das Präparat stammte, hatte hoch gefiebert. Bei der Durchschneidung des grossen interstitiellen Fibroms entleerten sich faulig riechende Gasblasen. Mikroskopisch fanden sich sehr zahlreiche dilatirte Lymphräume und in diesen zahlreiche Mikrokokkenhaufen, eingeschlossen in strukturlosem Material; auch zwischen den Zellen des Tumor liessen sich einzelne und Haufen von Kokken nachweisen; auffallenderweise fand sich in der Nachbarschaft der Mikrokokken keine Rundzellenproliferation.

3) Cullingworth: *Carcinom der Cervix uteri.* (p. 136.)

C. beschreibt den Fall genauer, weil sich das Carcinom nicht wie üblich nach unten zu, sondern nach oben hin entwickelt hatte und weil die Operation besondere Schwierigkeiten machte. Die Frau starb.

4) Lawson-Tait: *2 Fälle von Hysterektomie.* (p. 199.)

In dem 1. Falle handelte es sich um eine 52jähr. Frau, bei der L.-T. 3½ Jahre vorher wegen eines vielknolligen Myoms und starker Blutungen die Castration gemacht hatte, mit dem Erfolge, dass 2 Jahre später der Tumor beinahe verschwunden war und die Blutungen ganz aufhörten. 1½ Jahr später traten unter Wachsthum eines neuen Tumor erneute Blutungen auf und zwangen zur Hysterektomie; dabei wurde ein grosses, weiches, ödematöses Myom entfernt; von dem vielknolligen fanden sich nur Spuren. L.-T. glaubt, dass das letztere, der Menstrualepoche angehörend, durch die Castration beeinflusst wurde, während die weichen Myome, an diese Zeit nicht gebunden, von der Castration nicht getroffen wurden, auch glaubt er, dass in diesem Falle das weiche Myom bei der Castration noch nicht vorhanden war.

Der 2. Fall betraf einen vom Endometrium ausgehenden Tumor; die Krankengeschichte enthält nichts Bemerkenswerthes.

5) Bland Sutton: *Dermoid des Ovarium.* (p. 5.)

Die Geschwulst, neben der sich noch ein grosses, das Becken ausfüllendes Myom des Uterus fand, lag in der Fossa iliaca und war mit dem Ileum verwachsen und in Folge Stieltorsion blutig infiltrirt. Sie enthielt ein deutliches Corpus lut., weder makroskopisch, noch mikroskopisch vom sog. Schwangerschaftcorpusluteum zu unterscheiden.

6) Bland Sutton: *Dermoid. Infiltration des Lig. latum mit Fett.* (p. 7.)

Das Dermoid war melonengross und die sonst stets fettfreie Mesosalpinx, ebenso wie die umgebenden Theile des Lig. latum waren mit granulösem Fett infiltrirt; jedenfalls war die Kapsel des Dermoid geborsten und der fettige Inhalt, dem geringsten Widerstand folgend, zwischen die Schichten der Mesosalpinx gedrungen.

7) Napier: *Achsendrehung einer rechtseitigen Parovarialcyste.* (p. 124.)

Der Stiel war sehr kurz, die Drehung von rechts nach links erfolgt; eine in die Cyste erfolgte Blutung hatte zu einer Ruptur in dem unteren Theile geführt.

8) Napier demonstrirte eine kleine *multiloculäre Cyste* der linken Seite, die mit der Tube exstirpirt wurde. Die rechten Adnexe mussten aus Adhäsionen gelöst werden. Schon nach 2 Monaten trat Schwangerschaft ein.

9) Alban Doran: *Doppelseitige papillomatöse Ovariencyste.* (p. 149.)

Sehr starker Ascites. Die Frau genas. D. betont, dass man in solchen Fällen stets eine sorgfältige Auswaschung des Peritonaeum vornehmen solle, um alle, eventuell in die Bauchhöhle gerathenen papillomatösen Massen zu entfernen.

10) Bland Sutton: *Hydrosalpinx. Spontane Heilung.* (p. 9.)

Bl. S. fand bei einer an einem Hirntumor Verstorbenen die linke Tube zu einer Hydrosalpinx verändert, während die rechte ein strangartiges Gebilde darstellte. Bl. S. nimmt an, dass hier auch früher eine Hydrosalpinx bestanden habe, die platzte und spontan ausheilte.

11) Cullingworth: *2 Fälle von Pyosalpinx.* (p. 219.)

In dem einen Falle handelte es sich um eine gonorrhoische Infektion 14 Tage nach der Verheirathung; in dem 2. Falle war dies nicht mit Sicherheit nachzuweisen. C. beschreibt ausführlich die Art, wie er operirte und die Präparate. Die Kr. genasen.

12) Cullingworth: *Ueber den Werth der Laparotomie in gewissen Fällen von Beckenperitonitis auf Grund eigener Beobachtung an 50 Fällen.* (p. 254.)

Von diesen 50 Fällen waren 20 eiterige, 12 nicht eiterige Salpingitiden; 6 dieser letzteren waren complicirt mit vereiterten, 2 mit nicht vereiterten Ovarialcysten, 1 mit Hämatocele, 1 mit

Hämatosalpinx und hämorrhagischer Ovarialcyste, 2 waren uncomplicirte Salpingitiden. Von den übrigen 18 Fällen waren 3 Beckenabscesse mit unbestimmtem Ausgangspunkte, 2 Tubentuberkulose, 1 ein tuberkulöser Abscess der Bauchwand und miliare Bauchfelltuberkulose, 3 Cysten des Lig. latum, 1 retroperitonäale Cyste mit Wandabscessen, 2 Hämatocelen, 3 Hämatosalpinx mit Hämatocele, 1 Hämatom des Lig. latum, 1 cystische Peritonitis, 1 Uterusretroflexion mit Myom.

9 Kranke starben (18%), und zwar 7 an septischer Peritonitis, eine an akuter Nephritis, eine an Collaps am 11. Tage. In 16 Fällen wurden alle Adnexe entfernt (15 Heilungen), in 23 nur die der einen Seite (17 Heilungen). 22mal wurde die Bauchhöhle ausgewaschen (18 Heilungen) und 47mal die Bauchhöhle drainirt. 2mal entstand eine Fäkalfistel, die sich später spontan schloss; 4mal wurden Hernien in der Linea alba nachträglich constatirt.

Zum Schluss der sehr fleissigen Arbeit fasst C. seine Ansichten in 14 Sätzen zusammen; er hält die Laparotomie für ungefährlicher als die Operation per vaginam und glaubt, dass die Resultate nach doppelseitiger Operation besser seien als nach einseitiger.

Vol. XXXV. 1893.

I. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1) Rasch: *Osteomalacie, geheilt durch Castration.* (p. 39.)

Bei der 41jähr., aus Coblenz stammenden und seit 7 Jahren in London lebenden Frau, die 3mal normal geboren hatte, zeigten sich die ersten Erscheinungen nach dem letzten Partus im November 1890, um nach erneuter Schwangerschaft im October 1891 so heftig zu werden, dass die Frau das Bett nicht mehr verlassen konnte. Der eingeleitete Abort hatte auf die Schmerzen keinen Einfluss. Deshalb wurde im April 1892 die Castration vorgenommen, schon nach 4 Wochen verschwanden die Schmerzen und die Frau konnte das Bett verlassen. Das Becken zeigte die ausgesprochene Form des osteomalacischen Beckens.

2) Giles: *Ueber Schwangerschaftsgelüste.* (p. 242.)

G. fand bei genauen Untersuchungen an 300 schwangeren Frauen, dass die auf natürlicher, nicht krankhafter Basis beruhenden Gelüste einmal begründet sind in dem instinktiven Wunsche, dem Magen etwas zuzuführen, was das Uebelkeitgefühl fortnehmen könnte, und wozu besonders sauere Sachen sich eignen, dass sie ferner der Ausdruck eines gleichen Wunsches für eine bestimmte Nährungart sind und häufig als Folge einer Art Autosuggestion durch allgemein verbreitete Ansichten angesehen werden müssen. Die Gelüste nehmen an Intensität ab, je öfter eine Frau schwanger wird. Fast 1 Drittel aller schwangeren Frauen hat derartige Wünsche, besonders für Früchte und Gemüse, ganz gleich, ob die Frauen nebenbei krank sind, oder nicht; auch sind im ersteren Falle die Gelüste nicht an die Zeit der Erkrankung gebunden, traten vielmehr oft dann erst auf, wenn diese gehoben war. Ganz gesunde Frauen haben mehr Vorliebe für sauere, kranke für reichliche und unverdauliche Speisen. Frauen mit besserer Erziehung haben weniger oft solche Gelüste, wie weniger gut erzogene, verheirathete mehr, als ledige, und Erstgebärende doppelt so häufig, als in späteren Schwangerschaften.

3) Giles: *Beobachtungen über die Aetiologie des Schwangerschafterbrechens.* (p. 303.)

G. fand bei Untersuchungen von 300 Frauen, dass 2 Drittel an Erbrechen litten; da aber 45% die ersten 3 Monate frei blieben, so ist das Fehlen von Erbrechen in den ersten 3 Monaten für die Schwangerschaftdiagnose nicht verwendbar. Meist beginnt das Erbrechen (70%) im 1. Monate, weniger häufig im 2., 3. und 4. Monate, der 5. und 6. sind meist frei, und nur 9—10% der Schwangeren erbrechen in den letzten 3 Monaten. Die Dauer schwankt von wenigen Tagen bis zur ganzen Schwangerschaftdauer. Am wenigsten betroffen werden Frauen zwischen 20 und 25 Jahren, 30% aller Erstgebärenden über 25 Jahren litten daran. Frauen mit habitueller Dysmenorrhöe und Menorrhagien leiden auch zumeist an Schwangerschafterbrechen, und zwar mehr die an schmerzhafter, als die an profuser Menstruation leidenden. Das Erbrechen als solches ist entschieden nicht als pathologisch anzusehen, eine gute Erklärung für alle Fälle steht noch aus, doch ist entschieden eine nervöse Schwäche eine Hauptursache; diese wiederum ist abhängig von der allgemeinen, durch die Schwangerschaft bedingten nervösen Reizbarkeit, von lokalen Reizen (Uterus) und von einer Reizung der Vagi.

4) Cullingworth: *Extrauterinschwangerschaft.* (p. 155.)

Nach einem Unfalle waren im 8. Schwangerschaftmonate die Kindesbewegungen erloschen, und war die Frau mit heftigen Blutungen schwer erkrankt. 4 Wochen später Laparotomie. Nach Eröffnung des extrauterinen Fruchtsackes, der aus dem rechten Lig. latum bestand, konnte der macerirte Foetus und nach ihm die Placenta ohne nennenswerthe Blutung ganz entfernt werden. Die Frau genas.

5) Phillips: *Extrauterinschwangerschaft.* (p. 162.)

Bei der Drittgebärenden war wahrscheinlich am Ende des 6. Monats der Fruchttod eingetreten und wurde 2½ Monate später die Operation vorgenommen; es handelte sich um eine im Lig. latum entwickelte Schwangerschaft mit macerirtem Foetus, der sammt Placenta leicht entfernt werden konnte.

6) Sinclair Stevenson: *2 Fälle von ektopischer Schwangerschaft.* (p. 175.)

In dem 1. Falle handelte es sich um eine extrauterine Schwangerschaft, bei der der Foetus nach Ablauf des 8. Monats abgestorben war. Die Operation sollte 8 Tage später vorgenommen werden, doch starb die Frau unoperirt. Bei der *Sektion* zeigte es sich, dass es sich um eine Abdominalschwangerschaft gehandelt hatte, bei der die auffallend kleine Placenta dem Uterus wie eine Kappe aufsass.

Im 2. Falle handelte es sich ebenfalls um eine ausgetragene Abdominalschwangerschaft mit lebendem Kinde; die Mutter hatte reichlich Eiweiss im Harne und Symptome von Urämie. Bei der Laparotomie wurde das Kind

lebend extrahirt, die Placenta lag in einer herniösen Ausstülpung des Lig. latum, der Sack riss ein und es erfolgte eine erschreckende Blutung; diese konnte dadurch gestillt werden, dass unter der Placenta der Sack mit einem Schlauch umschnürt wurde, worauf die Placenta entfernt werden konnte. Gute Genesung.

7) Alban Doran: *Foetus in der Bauchhöhle u. s. w.* (p. 222.)

Bei der *Sektion* einer an Magen- und Duodenumperforation Verstorbenen fand sich im Becken in einen Sack eingehüllt und im Zusammenhange mit dem Ovarium ein mumificirter Foetus von 1 Zoll Länge.

D. benutzt diesen Fall, um unter Heranziehung der einschlägigen Literatur die Frage zu klären, ob die vielfach beschriebenen Fälle von primärer Abdominalschwangerschaft wirklich solche waren. Er ist der Ansicht, dass dieses Vorkommniss bisher noch *unbewiesen* ist, jedenfalls in den Fällen der Literatur der *volle* Beweis dafür nicht erbracht ist. Erst dann würde der Beweis gelungen sein, wenn man einen frischen und wohlerhaltenen Foetus im wirklichen Fruchtsacke, im Ovarium oder Peritonaeum *entfernt* von einer Tube finden würde.

8) Wheaton: *Doppelseitiges Kephalohämatom.* (p. 6.)

Der besonders in forensischer Beziehung nicht uninteressante Befund bestand in dem Vorhandensein eines doppelseitigen Hämatoms bei einem in 1. Schädellage von einer Erstgebärenden ohne enges Becken geborenen Kinde. Die Wehen waren nicht abnorm lange gewesen. Das Hämatom bedeckte beide Scheitelbeine und hatte den typischen Knochenwall; in 14 Tagen war es vollkommen verschwunden.

9) H. R. Spencer: *Drillinge bei Placenta praevia centralis.* (p. 107.)

Es waren drei vollkommen getrennte Placenten vorhanden und durch die eine hindurch alle 3 Kinder lebend entwickelt worden. Die Kinder lebten 4, 8 und 32 Stunden. Die dritte Placenta war verwachsen und musste manuell gelöst werden.

10) Giles: *Ueber die Lochien.* (p. 190.)

Genaue Untersuchungen an 64 Fällen ergaben, dass die normale Menge der Lochien etwa $10^1/_2$ Unzen beträgt und der Wochenfluss im Allgemeinen 9—10 Tage lang dauert. Nichtstillen ist ohne Einfluss auf die Menge, junge Frauen bis zu 25 Jahren haben im Allgemeinen reichlichen Fluss, das Gewicht des Kindes hat einen geringen, das der Placenta einen deutlichen Einfluss, und zwar vermehrt eine grössere Placenta auch die Menge der Lochien. Starke Blutungen während der Geburt bedingen stärkeren Wochenfluss, stark menstruirte und brünette Frauen haben ihn reichlicher. Die Lochienmenge wurde in der Art gemessen, dass die Lochien in vorher genau abgewogenen Vorlagen aufgefangen wurden und durch nachherige Wägungen der Vorlage die Menge berechnet wurde.

11) Boxall: *Puerperalfieber.* II. Theil. *Einfluss von meteorologischen Verhältnissen auf das Zustandekommen desselben.* (p. 340.)

Die Arbeit ist mit zahlreichen Tafeln und Curven ausgestattet und beruht auf Vergleichungen der äusseren meteorologischen Verhältnisse (Jahreszeiten) mit den vorgekommenen Fällen von Puerperalfieber. Zum Vergleiche dienten das Registrar general für London und die Lusk'schen Tabellen für New York einerseits und die Listen des General-Lying-in-Hospital in London. B. schliesst: *Die Sterblichkeit an Puerperalfieber ist im Winter grösser als im Sommer,* und zwar ist dieses für verschiedene Orte nachweisbar. Septische Erkrankungen sind zwar im Winter häufiger als im Sommer, gehen aber mit weniger hohem Fieber einher und verlaufen dementsprechend weniger schwer als im Sommer. Dafür sind andere fieberhafte Erkrankungen (nicht septischer Natur) im Sommer häufiger als im Winter; sie sind bezüglich ihrer Schwere von der Jahreszeit unabhängig. Bedingt sind diese Erscheinungen nach Ansicht B.'s (und mit ihm stimmen in der Diskussion besonders Hermann und Routh überein) durch mangelhafte Lüftung der Räume, weniger genaue Waschung der Hände und Genitalien (Mangel an warmem Wasser) und allgemein grösseren Nothstand im Winter.

12) Braxton-Hicks: *Weitere Beiträge zur Kenntniss des Puerperalfiebers.* (p. 412.)

9 interessante Krankengeschichten zur Illustration der Entstehung und Verbreitung des Puerperalfiebers. 3mal inficirte ein Arzt die Frauen (die sämmtlich binnen 4 Tagen post partum starben), der eine Sektion bei eitriger Peritonitis gemacht hatte, 3 andere Frauen wurden von einem Arzte inficirt, der an einem Erysipel gelitten hatte, obwohl er 3 Wochen Carrenzzeit einhielt; in den anderen 3 Fällen war die Infektion nicht sicher klar zu stellen. B.-H. betont, wie im puerperalen Zustande das Infektionvirus bedeutend heftiger und schwerer wirkt, als z. B. bei chirurgischen Erkrankungen, und fordert zu genauen Untersuchungen darüber auf, ob diese erhöhte Gefahr durch die Inoculation in die Genitalien, das Vorhandensein eines sehr geeigneten Bodens in den Hohlorganen des Uterus, in dem Vorhandensein abgestorbenen Materials oder in der Nähe des Peritonaeum zu suchen ist; auch macht er auf die Gefahr der Gonorrhöe ausdrücklich aufmerksam.

13) P. Horrocks: *Ueber intravenöse Kochsalzinfusion bei schweren Blutungen.* (p. 430.)

7 Fälle, in denen H. mit Erfolg Kochsalz intravenös infundirte. Je nach der Schwere des Falles ist die zu verwendende Menge verschieden; man hört mit der Infusion auf, sobald der Radialpuls wieder deutlich wird; im Allgemeinen infundire man etwa so viel Salzlösung, als Blut verloren ging. Am besten wird die Infusion in die Vena basilica med. gemacht und ein Druck von etwa 3 Fuss Höhe angewendet.

II. Missbildungen.

1) Routh und Stanley Ballance: *Anencephalus.* (p. 294. 297.)

In beiden Fällen war die knöcherne Wirbelsäule normal, der Wirbelkanal ausgedehnt, die Nebenniere sehr

klein. Dieses gleichzeitige Vorkommniss wird besonders betont.

2) Eden: *Spina bifida sacralis.* (p. 336.)

Der Fall hat deshalb besonderes Interesse, weil die Mutter während der ganzen Schwangerschaft an Hydrorrhoea gravidarum gelitten hatte. Der Sack platzte bei der Entbindung, füllte sich aber bald wieder. Das Kind starb am 7. Tage.

III. Gynäkologie.

1) Hayes: *Haarnadel in der Blase.* (p. 185.)

Diese Nadel war 18 Monate vorher in die Blase eingeführt worden und hatte zur Bildung eines wallnussgrossen Phosphatsteins und zu einer Fistel in der Vaginalwand geführt, durch die die Spitze des kleinen Fingers eindringen konnte. Erweiterung mit dem Messer, Zertrümmerung des Steins mit dem Lithotryptor und Extraktion. Naht der Wunde. Heilung.

2) Routh: *Phosphatstein um eine Haarnadel.* (p. 240.)

Der Stein wurde nach vaginaler Cystotomie extrahirt und die Kr. genas.

3) E. Hermann: *Ueber die Häufigkeit lokaler Symptome bei Retrodeviation des Uterus.* (p. 8.)

Unter 407 Fällen fand H., dass bei $^{9}/_{10}$ aller mit Retrodeviationen des Uterus behafteten Frauen chronische Schmerzen irgend welcher Art vorhanden waren, die zumeist als Rücken-, bez. Kreuzschmerzen bezeichnet wurden; fast eben so häufig war das Gefühl von Senkung; ein grösserer Theil der Frauen klagte auch über Schmerzen in der Eierstockgegend, und zwar links 3mal häufiger als rechts. Weniger häufig waren Schmerzen in den höheren Unterleibspartien vorhanden, noch weniger solche bei der Bewegung. Schmerzen bei der Defäkation fanden sich in weniger als der Hälfte aller Fälle, und waren zumeist bedingt durch Obstipation oder Rectalerkrankungen; die Fälle, in denen ohne diese genannten Nebenerscheinungen Schmerzen allein durch die Retrodeviation bedingt wurden, waren etwa wie 1:9; ebenso hat auch die Lageveränderung keinen sichtlichen Einfluss auf schmerzhafte Urinentleerung, und nur in einem von 5 Fällen war eine Blasenreizung auf sie zurückzuführen. Leukorrhöe wird bei Retrodeviationen nicht häufiger gefunden als überhaupt.

4) Alban Doran: *Ueber die Absorption von Uterusfibromen.* (p. 250.)

D. sah bei einer 40jähr. Frau ein Uterusfibrom, das er 3 Jahre lang beobachtet hatte, nach einer Verletzung und daran sich anschliessender Entzündung unter Abgang fötider Massen aus der Scheide vollkommen verschwinden. Er stellt 37 ähnliche Fälle aus der Literatur zusammen und fand, dass 13 Tumoren nach der Gravidität verschwanden. Bei 14 Frauen unter 45 Jahren verschwand das Myom 6mal nach Entzündungen, Verletzungen u. Aehnl., 10mal ohne solche und ohne Gravidität, während bei 8 Frauen über 45 Jahren die Tumoren ohne Schwangerschaft und ohne complicirende Verletzungen u. Aehnl. aufgesaugt wurden. D. giebt zu, dass bei den genannten Beobachtungen Fehler nicht ausgeschlossen sein mögen, doch spricht die Erfahrung der angeführten Autoren entschieden dafür, dass die Beobachtungen im Allgemeinen als richtige aufzufassen sind. In einer Anzahl von Fällen waren allerlei Medikamente verwandt worden und es ist nicht ganz auszuschliessen, dass diese einen gewissen Einfluss auf die Absorption hatten, ebenso auch wie die in Anwendung gebrachte elektrische Behandlung. Doch ist D. gerade letzterer gegenüber skeptisch und mahnt, immer an die Möglichkeit einer spontanen Absorption zu denken, wenn die elektrische Behandlung Erfolg hatte.

5) Cullingworth: *Ueber Endresultate von Totalexstirpationen.* (p. 25.)

Die Arbeit bringt einen Bericht über die weiteren Schicksale von 3 Kr., über deren Operationen C. 1890 gesprochen hatte. Die 1. Kr. lebte nach der Operation noch 2 Jahre 2 Monate, die 2. 2 Jahre, die 3. 17 Monate. 2 erlagen einem inneren Verschluss, in dem einen Falle in Folge von Beckenadhäsionen, in dem anderen war die Ursache dunkel. Die 3. Kr. starb an Recidiv.

In der Diskussion kam es zu einer längeren Aussprache über die Stellung der Totalexstirpation zur hohen Collumamputation, für die mehrere Redner wegen der Gefahr der Darmocclusion nach Totalexstirpation eintraten.

6) Wheaton: *Knochengürtel aus einer Dermoidcyste.* (p. 4.)

Dieser Knochengürtel fand sich in einer grossen Dermoidcyste, hatte einen Durchmesser von $1^{1}/_{2}$—2 Zoll und war vollkommen elliptisch; er bestand aus 4 getrennten Knochenstücken, die unter einander beweglich verbunden waren und erinnerte an einen unreifen fötalen Schädel. In dem einen Knochen fand sich ein Zahn. Da der Knochengürtel per vaginam deutlich zu fühlen gewesen war, hatte man den Tumor für eine ektopische Schwangerschaft gehalten.

7) Malcolm: *Papilloma ovarii nach vor 15 Jahren vorgenommener doppelseitiger Ovariotomie.* (p. 36.)

Bei der Kr. war vor 15 Jahren (N. B. noch in der vorantiseptischen Zeit) ein multiloculäres doppelseitiges Cystom mit papillären Excrescenzen exstirpirt worden. Bei der 2. Operation musste ein Papillom aus dem linken Lig. latum ausgeschält werden, Tube und Ovarium fehlten.

8) Alban Doran: *Ueber die Ligatur des Stumpfes bei Ovariotomien.* (p. 131.)

Die Ligatur des Stieles mit geflochtener Seide ist die sicherste Methode; die Seide soll nicht zu dick und nicht zu dünn sein, um genügend fest angezogen fest in den Stumpf einschneiden zu können. Die einfachste Art zu knoten ist die beste. Sind die Stiele sehr breit oder sehr kurz, so soll partienweise ligirt werden, ebenso bei starker Entwickelung der Ovarialgefässe. Unglückliche Ausgänge bei der Ligatur sind zumeist die Folge ungeschickter Ligirung, rohen Hantirens, Anwendung zu dicker Seide oder zu complicirter Knoten. Bei chronisch entzündeten Adnexen ist die Stumpfbehandlung nicht so günstig und einfach, wie bei Tumoren.

9) Lawford Knaggs: *Ungewöhnlicher Fall von Hämatosalpinx.* (p. 213.)

Die 44jähr. Frau war vor 6 Jahren mit Gonorrhöe und Lues inficirt worden; die Diagnose auf Hämatosalpinx war vor der Operation mit Sicherheit zu stellen gewesen. Besonders interessant an dem Falle war, dass die Frau vor der Operation wiederholt plötzlichen Abgang von zersetztem Blute aus der Scheide bemerkt hatte, und Kr. nimmt an, dass dieses aus der ausgedehnten Tube in den Uterus gepresst wurde. Münchmeyer (Dresden).

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 263. 1899. № 2.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

138. **Die Eiweisskörper der Schilddrüse**; von Dr. Oswald. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 1 u. 2. p. 14. 1899.)

Ueber die Eiweisskörper der Schilddrüse und die Bindung des Jods in ihnen liegen nur wenig ausreichende, einander widersprechende Untersuchungen vor.

O. konnte zunächst feststellen, dass in dem mit verdünnter Kochsalzlösung gewonnenen Drüsenextrakte das Jod nur in organischer Bindung enthalten ist. Durch Ammonsulphat konnten in dem Extrakte zwei Eiweisskörper von einander getrennt werden, wovon der erste jodhaltig und phosphorfrei, der zweite phosphorhaltig und jodfrei ist.

Der jodhaltige Eiweisskörper hat die Eigenschaften eines Globulins und wird daher von O. als Thyreoglobulin bezeichnet. Durch Kochen mit verdünnten Säuren erhält man aus ihm eine reducirende Lösung.

Das Thyreoglobulin übt auf die Stickstoffausscheidung des Organismus den gleichen Einfluss aus, wie die ganze Schilddrüse. Dem jodfreien Eiweisskörper, dem Nucleoproteid, kommt diese Einwirkung nicht zu.

Durch Pepsinverdauung wurde aus dem Thyreoglobulin ein dem Jodothyrin nahestehender Körper erhalten. Durch Trypsinverdauung wurde ohne vorhergehende Jodabspaltung Tyrosin in reichlicher Menge gebildet, woraus zu schliessen ist, dass das Jod im Thyreoglobulin nicht an die Thyrosingruppe gebunden ist.

Durch verdünnte Säure erhielt O. ein Jodothyrin, das allerdings einen bisher nicht gefundenen hohen Jodgehalt, 14.29—14.48% J, aufwies, was sich aber wohl aus der Reinheit des Ausgangsmaterials erklärt.

O. zeigt dann, dass das Schilddrüsencolloid (im anatomischen Sinne) ein Gemenge von Thyreoglobulin und Nucleoproteid darstellt. Da das Colloid aber durch die Lymphbahnen in den Kreislauf übergeht, so müssen wir annehmen, dass die Schilddrüse ein im Sinne der übrigen Drüsen thätiges Organ ist, nur mit dem Unterschiede, dass sie keinen besonderen Ausführungsgang besitzt.

V. Lehmann (Berlin).

139. **Vergleichende Untersuchungen über den Salzgehalt der Frauen- und Kuhmilch**; von Dr. Hans Koeppe in Giessen. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVII. 4. p. 389. 1898.)

K. hat Kuh- und Frauenmilch auf ihren Salzgehalt mittels der Methoden der physikalischen Chemie untersucht. Die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung und der elektrischen Leitungsfähigkeit ergab, dass bei der *Kuhmilch (Mischmilch)* die gewonnenen Werthe nur sehr wenig schwankten. Der osmotische Druck von 1 Liter Mischmilch belief sich auf 6.8 Atmosphären. 1 Liter Mischmilch enthielt 0.304 Molen. Die Milch einzelner Kühe liess erhebliche Unterschiede im Salzgehalte erkennen. Die Milch derselben Kuh war zu verschiedenen Zeiten, ja zu Anfang und zu Ende desselben Gemelkes verschieden in Bezug auf den Salzgehalt. Auch bei der *Frauenmilch* schwankten die gewonnenen Werthe innerhalb weiter Grenzen sowohl bei verschiedenen Frauen, als auch bei derselben Frau an verschiedenen Tagen, bez. Tageszeiten. Betrachtet man die gewonnenen Werthe in Verbindung mit den Ergebnissen der chemischen Analyse, so kommt man zu dem Schlusse, dass in der *Kuhmilch* eine gewisse Menge Salze (0.1 Molen für den Liter) nicht in Ionenform, sondern als neutrale, nicht leitende, aber osmotisch wirksame Moleküle vorhanden sein muss. Diese Salze sind

wahrscheinlich zum grössten Theile organisch gebunden. In der *Frauenmilch* sind mehr osmotisch wirkende Moleküle vorhanden, als nach der chemischen Analyse aus dem Asche- und Zuckergehalte berechnet werden kann. Es müssen entweder die Eiweissmoleküle der Frauenmilch osmotisch wirksam sein und folglich ein relativ kleines Molekulargewicht haben oder es giebt in der Frauenmilch noch unbekannte, osmotisch wirksame Moleküle. Der Vergleich von Kuh- und Frauenmilch ergiebt, dass der osmotische Druck beider gleich ist. Aber die Frauenmilch enthält mehr Zucker, weniger Salze als die Kuhmilch. Von den Salzen der Kuhmilch sind mehr Moleküle dissociirt als von denjenigen der Frauenmilch.

Es ergiebt sich aus den Untersuchungen die praktische Regel, dass von starken Verdünnungen der Kuhmilch abzusehen ist. Die Heubner'sche $^{2}/_{3}$ Milch entspricht in Bezug auf den osmotischen Druck der Frauenmilch. Um die Gärtner'sche Fettmilch auf denselben osmotischen Druck zu bringen, müsste man 50 g (Gärtner empfiehlt nur 35 g) Milchzucker auf 1 Liter zugeben. Bei der natürlichen Ernährung herrscht nicht die Gleichmässigkeit und die Einförmigkeit wie bei der künstlichen Ernährung. Darauf ist bisher nicht hinreichend Rücksicht genommen.

Brückner (Dresden).

140. **Ueber die Ursachen der hohen Werthe des $\frac{C}{N}$-Quotienten des normalen menschlichen Harnes**; von Dr. Fritz Pregl. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXV. 1 u. 2. p. 87. 1899.)

Es ist längst bekannt, dass das Verhältniss C:N im Harne grösser ist, als es dem Harnstoff entspricht. Auch die anderen bisher im Harne bekannten organischen Substanzen reichen, wie P. nochmals zeigt, zur Erklärung des hohen Werthes nicht aus. P. suchte nun, indem er von trockenem Harnrückstand ausging, festzustellen, wie sich der grösste Kohlenstoffüberschuss isoliren lasse. Er kam zu dem Ergebnisse, dass sich dieser Ueberschuss, der hauptsächlich den hohen Werth des Quotienten C:N bedingt, aus dem Harnrückstand grösstentheils durch Extraktion mit absolutem Alkohol gewinnen lässt und auch dann in Lösung bleibt, wenn der Harnstoff mit Oxalsäure daraus ausgefällt wird. Da nun die Löslichkeitverhältnisse der neben Harnstoff in grösserer Menge im Harn vorkommenden organischen Substanzen, die einen höheren $\frac{C}{N}$-Quotienten besitzen, dagegen sprechen, dass diese die Hauptmenge des im Filtrate vom Oxalsäureniederschlage Gelösten ausmachen, so wurde P. zur Annahme eines neuen Harnbestandtheiles geführt. Er konnte einen solchen Körper, der sehr wahrscheinlich mit der Oxyproteinsäure von Bondzyński und Gottlieb identisch ist, isoliren. Er ist durch Merkurinitrat fällbar, durch Phosphorwolframsäure nicht, giebt keine Biuretreaktion, dagegen beim Kochen mit Millon's Reagens Rothfärbung. Beim Kochen mit alkalischer Kupferlösung erfolgt ein sich nicht schwärzender blauer Niederschlag ohne Reduktion.

In der 24stündigen Harnmenge war der Körper, als Barytsalz berechnet, bis zu 6 g enthalten, was den hohen Werth des $\frac{C}{N}$-Quotienten wohl hinreichend erklärt, da der Körper auf 7—8.49% N einen C-Gehalt von 27.87—27.99% aufweist.

V. Lehmann (Berlin).

141. **Ueber den Einfluss einiger Arzneimittel auf die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure**; von Prof. K. Bohland. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 16. 1899.)

Nach B.'s Versuchen ist die Annahme Horbaczewski's, dass der durch gewisse Mittel erzeugten Veränderung der Leukocytenzahl eine Veränderung der Harnsäurebildung und Harnsäureausscheidung parallel gehe, nur für manche Fälle zutreffend. So bewirkte allerdings Acid. tannicum Hypoleukocytose und Verminderung der Harnsäureausscheidung, ebenso Atropin; dagegen setzte Kamphersäure die Leukocytenzahl herab, aber nicht die Harnsäuremenge, Phenacetin vermehrte die Leukocytenzahl, setzte aber die Harnsäuremenge herab. Wie B. aber früher schon bei einigen dieser Mittel nachgewiesen hat, wird durch sie keine *Veränderung* der Leukocytenzahl bewirkt, sondern nur eine verschiedene *Vertheilung* auf die einzelnen Gefässgebiete.

Man kann daher die Aenderung in der Harnsäureproduktion nicht von einer Aenderung der Leukocytenzahl ableiten. Man muss den Giften einen direkten Einfluss auf den Abbau des im Organismus in normaler Menge zum Zerfall gelangenden Nucleins zusprechen.

V. Lehmann (Berlin).

142. **Ueber die quantitative Bestimmung des Harnstoffs in den Geweben und den Harnstoffgehalt der Leber**; von R. Gottlieb. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 238. 1899.)

Der Harnstoffgehalt in Organen, besonders in der Leber, ist schwierig zu bestimmen, weil der Harnstoff schwer zu isoliren und von anderen Stoffen zu trennen ist. G. empfiehlt zur genauen Bestimmung, den unvollkommen isolirten Harnstoff in die Oxalsäureverbindung überzuführen und den Harnstoff aus dem Bindungsvermögen für Oxalsäure zu bestimmen.

Die in der Leber ermittelten Werthe zeigen beträchtliche Schwankungen; auf 100 g Leber fanden sich 0.0044—0.025 Harnstoff, auf 100 g Blut 0.011 und 0.056 g. Der Harnstoffgehalt von

Leber und Blut war fast stets einige Stunden nach Fleischfütterung höher als im Hungerzustand.

V. Lehmann (Berlin).

143. **Weiteres über die quantitative Bestimmung des Harnindicans**; von Eyvin Wang. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 1 u. 2. p. 135. 1899.)

Das verbesserte Verfahren ist nunmehr folgendes: Der Harn wird mit 20proc. Bleizuckerlösung gefällt, das klare Filtrat mit dem gleichen Volumen von Obermayer's Reagens (Eisenchlorid und concentrirte Salzsäure) im Scheidetrichter versetzt, das gebildete Indigo mit Chloroform extrahirt und in einem Kolben gesammelt. Das Chloroform wird abdestillirt und der Rückstand nach Erkalten mit einer Mischung von gleichen Raumtheilen Aether, Alkohol und Wasser ausgewaschen. Die in der Waschflüssigkeit aufgeschwemmten Indigotheilchen werden auf einem kleinen Filter gesammelt, das getrocknet wird. Das getrocknete Filter wird mit Chloroform ausgekocht, bis sich alles Indigo gelöst hat. Diese Indigolösung wird wieder in den Kolben hineinfiltrirt. Dann nochmals Abdestilliren des Chloroforms und Zusatz von concentrirter Schwefelsäure. Nach einigen Stunden wird mit Wasser verdünnt, filtrirt und die Indigosulphosäure wie früher mit Kaliumpermanganat titrirt.

V. Lehmann (Berlin).

144. **Ueber die quantitative Bestimmung des Phenols im Harn**; von Carl Neuberg. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 1 u. 2. p. 123. 1899.)

Das Verfahren von Kossler und Penny giebt gewöhnlich sehr gute Resultate, es wird indessen durch Anwesenheit von Kohlehydraten in seiner Genauigkeit beeinträchtigt, da, wie E. Salkowski gefunden hat, Kohlehydrate bei der Destillation mit verdünnten Säuren Substanzen von keton- oder aldehydartiger Natur geben, die mit Jodlösung Jodoform bilden, daher beim Kossler-Penny'schen Verfahren jodbindend wirken und Fehler bewirken müssen. N. hat deshalb eine Abänderung dieses Verfahrens ausgearbeitet, die im Original nachgelesen werden muss.

V. Lehmann (Berlin).

145. **Ueber ein neues Verfahren zur Bestimmung der Oxalsäure im Harn**; von Prof. E. Salkowski. (Med. Centr.-Bl. XXXVII. 16. p. 257. 1899.)

Die bisherigen Methoden zur Oxalsäurebestimmung im Harn sind deshalb ungenau, weil es zuletzt auf Trennung des oxalsauren vom phosphorsauren Kalk hinauskommt, von denen ersterer in Essigsäure nicht vollkommen unlöslich und letzterer nicht in jedem Verhältnisse löslich ist. S. benutzt zur Trennung von der Phosphorsäure Ansäuern mit Salzsäure und Ausschütteln mit alkoholhaltigem Aether. Dann wird der Aether abdestillirt, filtrirt, eingedampft und das Kalksalz dargestellt.

Der Menschenharn von gemischter Kost enthielt auf 100 g N 0.128 g Oxalsäure.

V. Lehmann (Berlin).

146. **Ueber eine einfache und zuverlässige Methode, quantitativ im Harne das Quecksilber zu bestimmen**; von Dr. Schumacher II und Dr. W. Jung. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XL. 2—4. p. 138. 1899.)

Der Harn wird mit chlorsaurem Kali und Salzsäure behandelt, dann mit Zinnchlorür versetzt, der abfiltrirte und mit etwas Kalilauge versetzte Niederschlag wird wieder mit chlorsaurem Kali und Salzsäure behandelt. Dann wird durch Goldasbest filtrirt (Bereitung des Goldasbestes im Original nachzusehen), wobei alles Quecksilber zurückgehalten wird. Nach Waschung mit verdünnter Salzsäure, Wasser, Alkohol, Aether wird im Luftstrom getrocknet und das Filtrirröhrchen bis zur Gewichtsconstanz gewogen. Dann wird das Quecksilber weggeglüht und wieder gewogen.

Die Resultate waren sehr genau.

V. Lehmann (Berlin).

147. **Das Verhalten des Gallenfarbstoffs im Harne bei Icterus neonatorum**; von Dr. Wilhelm Knoepfelmacher. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVII. 4. p. 447. 1898.)

Beim Icterus neonatorum kommt es regelmässig zum Auskrystallisiren des Gallenfarbstoffes im Harn, im Blut und in den Geweben. Die geringe oder meist vollkommen fehlende Fähigkeit des Harns der Neugeborenen, Gallenfarbstoff aufzulösen, beruht, wie aus 16 Analysen K.'s hervorzugehen scheint, auf dem geringen Gehalte an alkalisch reagirenden Salzen, d. h. an einfach phosphorsaurem Natron.

Von den 16 Harnproben, die K. untersuchte, enthielten nur 3 grössere Quantitäten P_2O_5. In einem Urin war jedoch der Antheil der Phosphorsäure, der dem einfach sauren Salze zukam, so beträchtlich, dass man ein Lösungsvermögen für Bilirubin erwarten konnte. In einer anderen Probe war zwar der Gehalt an Phosphorsäure an sich gering. Doch waren 75% als einfach saures Salz vorhanden. Auch hier liesse sich die Fähigkeit, Bilirubin zu lösen, nicht von der Hand weisen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass das einfach saure Phosphat auch für die Lösung der Harnsäure in Betracht kommt.

Brückner (Dresden).

II. Anatomie und Physiologie.

148. **Weiterer Beitrag zur Entwickelung der Blutkörperchen beim menschlichen Embryo**; von C. S. Engel. (Arch. f. mikroskop. Anat. LIII. 3. p. 322. 1898.)

Aus der interessanten Arbeit, die sich mit der Blutentwickelung bei menschlichen Embryonen von 6 cm Körperlänge aufwärts bis zur Geburtreife beschäftigt, seien folgende Ergebnisse angeführt, die sich auf das Ende des 2. bis zum Anfang des 6. Monates beziehen: Die Blutkörperchen junger menschlicher Embryonen sind hämoglobinhaltig, hämoglobinfreie mit und ohne Granulationen treten erst später auf, und zwar die Lymphkörperchen früher und zahlreicher, als die mehrkernigen Zellen. Je jünger der Embryo, um so zahlreicher sind die kernhaltigen rothen Körperchen im Vergleiche zu den kernlosen. Sie sind vielfach grösser, als die kernlosen Erythrocyten des gesunden Erwachsenen, ebenso sind die kernlosen rothen Körperchen bis etwa zum Ende des 3. Monates meist grösser, als die Erythrocyten des reifen Organismus. Bis zu der gleichen Zeit finden sich im Blute auch hämoglobinhaltige kleinkernige, kugelige Zellen, die von da ab beim gesunden Menschen nicht mehr gefunden werden, die Metrocyten. Ausser den orangeophilen enthält das embryonale Blut noch fuchsinophile kernhaltige und kernlose rothe Blutkörperchen. Durch Wachsthum des Kernes kann ein orangeophiles kernhaltiges zu einem fuchsinophilen Körperchen werden; eine direkte Umwandelung eines orthochromatischen kernlosen in ein polychromatisches Körperchen erfolgt nicht. Knochenmark und Milz nehmen erst nach dem 3. Monate an der Blutbildung Theil; Metrocyten werden in ihnen nicht gebildet, nur orangeophile und besonders fuchsinophile Normoblasten. Die Leber nimmt schon während einer früheren Zeit des embryonalen Lebens an der Blutbildung Theil; sie scheint aber weniger zur Bildung hämoglobinhaltiger, als zur Entwickelung hämoglobinfreier Zellen beizutragen. Aus der ausserordentlich grossen Zahl von fuchsinophilen kernhaltigen rothen Körperchen, die zur Entwickelung orthochromatischer kernloser Körperchen ungeeignet sind, darf man schliessen, dass die kernhaltigen rothen Körperchen nicht nur zur Bildung von Erythrocyten dienen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass den Kernen der hämoglobinhaltigen Zellen eine viel grössere Bedeutung zukommt, als man gewöhnlich annimmt. Wenn auch sicher ein grosser Theil der Kerne der Normoblasten durch Karyolyse unsichtbar wird, so ist doch nach E. ebenso zweifellos, dass der Kern, umgeben von einem hämoglobinfreien Protoplasmasaume, den Rest des Normoblasten, den Erythrocyten, verlassen kann, um selbständig weiter zu leben. Wie aus den kernhaltigen rothen Körperchen durch Karyolyse ein kernloses entstehen kann, so kann durch Trennung des Kernes von dem hämoglobinhaltigen Theile ein kernloses Blutkörperchen und ein Leukocyt entstehen, und der durch Auflösung des hämoglobinhaltigen Protoplasma frei gewordene Normoblastenkern kann zum Lymphocyten auswachsen. E. nimmt auch an, dass der durch Karyolyse unsichtbar gewordene Kern zu den Blutplättchen in Beziehung steht.

Teichmann (Berlin).

149. **Ueber die Struktur des Protoplasmas der menschlichen Epidermiszelle**; von Karl Herxheimer. (Arch. f. mikroskop. Anat. LIII. 4. p. 510. 1899.)

Unter Anwendung der Formolfixirung und Färbung mit Kresylechtviolett glaubt H. zu einer einwandfreien Darstellung der Protoplasmastruktur gelangt zu sein. Danach würde die normale menschliche Epidermiszelle eine wabige, im mikroskopischen Bilde netzförmige Struktur haben, und zwar eine einheitliche für alle Zellen. Die „Protoplasmafasern“ anderer Autoren bestehen nach H. wahrscheinlich aus dem Materiale der Wabenwände.

Teichmann (Berlin).

150. **Ueber eine eigenthümliche Art protoplasmatischer Knospung an Epithelzellen und ihre Beziehung zum Mikrocentrum**; von Martin Heidenhain. (Arch. f. mikroskop. Anat. LIV. 1. p. 50. 1899.)

An Epithelzellen der Uterusschleimhaut, die der Sublimatfixirung unterworfen worden waren, hat H. fingerförmige Plasmafortsätze mit oft kugeligen Endknöpfchen beobachtet, deren Entstehung er als Folge des Reizes seitens der allmählich und in molekularer Verdünnung eindringenden Fixirflüssigkeit betrachtet, gewissermaassen als letzte Lebensäusserung der absterbenden Zelle. In diesen Fortsätzen, von denen stets nur einer an einer Zelle sich fand, sah H. Körnchen und Strahlungen, die die specifische Eisenhämatoxylinfärbung annahmen, und die H. aus diesem und anderen Gründen für die Mikrocentren der Epithelzellen hält.

Teichmann (Berlin).

151. **Beiträge zur Physiologie des Geruchs, des Geschmacks, der Hautsinne und der Sinne im Allgemeinen**; von Alexander Rollett. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXIV. p. 383. 1899.)

R. untersuchte die Wirkung von Chloroform und Aether als peripherische Sinnesreize auf Geruch, Geschmack, und Hautsinnesnerven. Bei Wirkung von gasförmigem Chloroformdampf auf die Mund- und Nasenhöhle sind die Empfindungen der Reihe nach: Geruch, Kälte, Süss, Brennen. Die Lokalisation ist bei den einzelnen Empfindungen verschieden. Bei Anosmie sind ausser dem Geruch alle anderen Qualitäten vorhanden. Die Reaktion-

seiten sind in aufsteigender Grösse geordnet: Geruch, Kälte, Geschmack, Schmerz. Lokale, direkte Berührung mit Chloroform an der Zungenspitze lässt unterscheiden: Berührung, Kälte, Süss, Brennen. An der Schleimhaut der Unterlippe, wo blos Hautsinnesnerven sich verbreiten, fällt die Süss-Empfindung aus. Die Kälte-Empfindung zeigt keine lokalen Intensität-Unterschiede, während das Brennen nach den Hautstellen verschieden ist. Es handelt sich also um die Erregung von zweierlei verschiedenen Nerven durch zweierlei verschiedene Reize, einmal Kältenerven und dann von diesen verschiedene sensible Nerven. Die Reize sind verschieden: dynamisch (Kälteerregung durch Verdunstung) und substanziell (sensibel).

Die Geschmacksempfindung geht von der Zungenspitze über den harten Gaumen nach hinten zum weichen Gaumen und unter die Zunge. Durch Bepinseln mit Gymnemasäure wird die Geschmacksempfindung an den betroffenen Stellen aufgehoben, die Empfindung fällt in der Reihe einfach aus, die Schleimhaut verhält sich wie die von Geschmacksnerven freie Lippenschleimhaut. Auch Zucker und Glycerin werden während mehrerer Stunden nicht empfunden.

Bei vollständig gymnemisirter Mundhöhle löst Chloroformdampf eine Geschmacksempfindung in der Nasenhöhle aus. Umgekehrt fallen in der gymnemisirten Nasenhöhle Geschmack und Geruch aus.

Die Versuche wurden mit Aether wiederholt. An Stelle der Süss-Empfindung trat Bitter-Empfindung. Bei künstlicher Anosmie blieb die Bitter-Empfindung bestehen. Cocainbepinselung löschte die Bitter-Empfindung aus, wobei aber die Empfindung für Süss bestehen blieb (Zucker, Glycerin). Die cocainisirte Mundhöhle verhielt sich für Bitter-Empfindung wie die gymnemisirte für Süss.

Bei einer monatelang bestehenden totalen Anosmie durch Gymnemasäure, zeigten sich bei R. in der Wiederherstellung des Riechvermögens auffallende zeitliche Verschiedenheiten für die Repräsentanten der einzelnen Geruchsqualitäten; als erstes wurden die brenzlichen Gerüche wahrgenommen, als letztes Kautschuk. R. hält es für wahrscheinlich, dass es für verschiedene Geruchsqualitäten verschiedene Nervenenden giebt.

Die Beobachtungen mit Menthol bestätigen die Goldscheider'sche Ansicht, dass das Kältegefühl nach Menthol nicht durch Verdunstung, sondern durch Erregung specifischer Nerven hervorgerufen wird.

In längerer Auseinandersetzung bespricht R. die Histologie der Sinnesorgane vom Standpunkte der Neuronlehre aus; verlangt für die Neurone die Fähigkeit, sich sowohl mit Reiz empfangenden, als auch mit Reiz übertragenden Fortsätzen gegebenen Bedingungen anzupassen. R. verwirft die alte Lehre von der überall gleichen Beschaffenheit der Nerven als Leitorgane. Besprechung der Anpassung der Neurone an den adäquaten Reiz und der Ausbildung der Idiotropie der Neurone speciell beim Geruchsorgane.

Für die Hautsinne hält R. die Annahme besonderer Druck-, Wärme-, Kälte- und Schmerznerven für geboten.

Chloroform und Aether sind chemische Reize für Schmerznerven. Ebenso wird für Menthol gezeigt, dass es die Schmerznerven chemisch erregt und nicht die Temperaturnerven.

W. Straub (Leipzig).

152. **Ueber die Bedeutung der Mandeln im Organismus**; von Dr. F. Pluder in Hamburg. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXII. 4. 1898.)

Ueber die Bedeutung der Tonsillen im Körper sind die verschiedensten Hypothesen aufgestellt worden, man hat die Mandeln als Resorptionorgane aufgefasst, man hat ihnen die Aufgabe zugeschrieben, zur Durchfeuchtung des Bissens beizutragen u. A. In neuester Zeit hat man sie, von der Thatsache der an ihrer Oberfläche reichlich stattfindenden Auswanderung von Leukocyten ausgehend und in Zusammenhang mit der Phagocytenlehre als Schutzorgane aufgefasst und den lymphatischen Rachenring gewissermaassen als Wächter angesehen, der am Eingange des Athmung- und Speiseweges das Eindringen von Schädlingen in den Körper verhüten soll. Gestützt auf diese Anschauung haben Einige sogar die Zweckmässigkeit der oft segensreichen Entfernung der hypertrophischen Rachen- und Gaumenmandeln angezweifelt. Pl. führt nun aus, dass man dem ganzen Bau der Mandeln nach die Schutzwirkung keineswegs als eine besonders hervortretende Eigenthümlichkeit ansehen kann, dass die Mandeln vielmehr eine häufige Eingangpforte für bakterielle Gifte in den Körper darstellen.

Wir müssen die Mandeln als einen Theil des hämatopoëtischen Systems ansehen. Sie sind, wie das schon Brücke gesagt hat, peripherische Lymphdrüsen. Es findet in ihnen in den Keimcentren eine reichliche Bildung von Lymphocyten statt, die theils in dem Organe liegen bleiben und selbst wieder zu Keimcentrumzellen werden können, theils auf dem Lymphwege in das Gefässsystem gelangen, theils endlich durch das Epithel an die Oberfläche der Mandeln auswandern. Vielleicht vermitteln die auswandernden Leukocyten, wie Stöhr vermuthet, die Entfernung des der Rückbildung anheimfallenden Körpermateriales. Die Mandeln stellen nur einen verhältnissmässig kleinen Theil des ganzen Lymphsystems dar und daher ist die Entfernung erkrankter Mandeln ohne Bedenken für den Körper vorzunehmen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

153. **Over de Bewegingen van den Pharynx**; door W. Einthoven. (Nederl. Weekbl. II. 26; Dec. 24. 1898.)

E. hat Gelegenheit gehabt, einen von Prof. van Iterson in Leiden wegen Carcinoma orbitae operirten Kranken genauer zu untersuchen. Durch die grosse Operationwunde konnte man die Veränderungen der hinteren Pharynxwand, des Ostium pharyngeum tubae, der Rosenmüller'schen Grube und der oberen Fläche des Gaumensegels beobachten. E. hat die Stellungen dieser Gebilde in den verschiedensten Phonationphasen durch stereoskopische Momentaufnahmen fixirt. Er giebt die Stereoskopbilder wieder bei Ruhelage bei schlaff herabhängendem Gaumensegel, bei gehobenem Gaumensegel, bei der Phonation von a, beim Saugen und bei 2 verschiedenen Phasen der Schluckbewegung. Rudolf Heymann (Leipzig).

154. **Experimentelle Untersuchungen über die funktionelle Ausschaltung einzelner Muskeln, beziehungsweise Muskelgruppen des Kehlkopfes**; von Dr. Michael Grossmann. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXIII. 3 u. 4. p. 184. 1898.)

Gr. hat in der Weise experimentirt, dass er an einzelnen Katzen, zumeist aber an Hunden die Trachea freilegte und sie unter sorgfältiger Schonung der NN. recurrentes quer durchschnitt. Dann wurden Trachea und Kehlkopf von der vorderen Wand des Oesophagus stumpf abpräparirt und gegen den Unterkiefer heraufgeschlagen. Es wurden nun die MM. cricoaryt. post. ein-, oder beiderseitig, oder auch die zu ihnen gehenden Nervenäste, oder endlich die Muskeln und die Nerven gleichzeitig durchtrennt und dann die Stimmbandbewegungen zunächst bei durchschnittener und später bei wieder geschlossener Luftröhre beobachtet.

Diese Versuche zeigten, dass die vollständige Ausschaltung der *Postici* die inspiratorische Auswärtsbewegung nicht aufhebt, wenn sie sie auch abschwächt. Um nun die Frage zu entscheiden, welche Kräfte noch eine Auswärtsbewegung der Stimmbänder ermöglichen, nachdem die Funktion der MM. postici ausgeschaltet ist, wurden zunächst die MM. cricothyreoid. durch Resektion der NN. laryngei superiores ausser Thätigkeit gesetzt. Aber auch jetzt bestanden die inspiratorischen Auswärtsbewegungen fort. Durch Ausschalten der äusseren Kehlkopfmuskeln und der Pharynxconstriktoren wurde dann nachgewiesen, dass auch die Annahme, diese Muskeln könnten die fortbestehende Auswärtsbewegung bewirken, nicht haltbar ist. Aus diesem Ergebnisse schliesst Gr., „dass bei der Athmungsinnervation im Stadium der Inspiration zum Kehlkopfe Impulse abgegeben werden, welche nicht allein den Muskeltonus der Stimmritzenerweiterer erhöhen, sondern gleichzeitig auch den, der Adduktoren herabsetzen".

Auch die Einwärtsbewegung des Stimmbandes wird durch Durchschneidung des *Abduktorenastes des N. recurrens* nicht vollständig aufgehoben. Wird die Durchschneidung nur einseitig vorgenommen, so ist kaum ein Ausfall zu merken, nur ist die Stimme etwas heiser. Wird dagegen die Durchschneidung beiderseits vorgenommen, so nähern sich die Stimmbänder einander zwar bei der Phonation noch, aber sie schliessen nicht und es tritt starke Heiserkeit ein. Die fortbestehende Adduktion ist wohl auf den Cricothyreoideus zurückzuführen, da sie nach seiner Ausschaltung fortbleibt. Entgegen der herrschenden Anschauung behauptet Gr., dass durch die isolirte Lähmung der Postici die Glottis nie so stark eingeengt wird, wie durch die vollständige Paralyse des N. recurrens.

Rudolf Heymann (Leipzig).

155. **Experimentelle Untersuchung über die Funktion der einzelnen Kehlkopfmuskeln**; von Dr. Happel. (Abdruck aus d. klin. Jahrbuch VII. Jena 1898. Gust. Fischer. 75 Pf.)

Um eine klare Vorstellung über die Funktion der einzelnen Kehlkopfmuskeln zu bekommen, hat H. bei Hunden mit normalen Kehlkopfverhältnissen einzelne Kehlkopfmuskeln entfernt. Bezüglich der verschiedenen Wege, auf denen er die einzelnen Muskeln entfernt hat, muss auf das Original verwiesen werden; hier können nur die erzielten Resultate kurz mitgetheilt werden.

Nach Wegnahme eines *M. crico-thyreoid. ant.* stand die Ringknorpelhälfte der operirten Seite tiefer als die der gesunden. Auch die Epiglottishälfte der operirten Seite stand regelmässig tiefer als die der gesunden Seite. Schiefstand der Epiglottis wurde auch bei Wegnahme anderer Muskeln wiederholt beobachtet. Während man ihn aber in diesen letzteren Fällen, wo die Neigung nach der gesunden Seite erfolgt, als Folge bei der Operation vorgekommener Nebenverletzungen ansehen muss, ist H. geneigt, ihn da, wo solche Nebenverletzungen ausgeschlossen sind, als Folge der Entfernung des Anticus zu erklären. Das Stimmband der operirten Seite stand bei ruhiger Athmung etwas weiter von der Mittellinie ab, es erschien kürzer und breiter, ebenso der Ventrikeleingang verbreitert, ferner war es schlaff und leicht concav ausgebuchtet. Der Aryknorpel neigte etwas nach vorn und innen. Die Abduktion erfolgte leichter als die der normalen Seite. Bei keuchender Athmung traten Zitterbewegungen auf der operirten Seite ein. Bei kräftiger Phonation guter Schluss der Stimmbänder, bei schwacher Phonation aber blieb ein haarfeiner Spalt in den vorderen 2 Dritteln der Rima. Bei einseitig operirten Thieren war die Stimme nur in den ersten Tagen etwas rauh, bei doppelseitig operirten aber rauh, klanglos, schnurrend und tiefer. *Nach diesen Befunden spannt also der M. anticus das Stimmband durch Hebung des Ringknorpels.*

Nach Wegnahme eines *M. thyreo-arytaen. int.* fiel zunächst eine leichtere Abduktionbewegung des Stimmbandes der operirten Seite auf. Bei ruhiger Athmung schien das operirte Stimmband

kürzer und breiter, der Ventrikeleingang weiter, bei der Phonation dagegen erschien das Stimmband länger und schmäler; der Schluss der Stimmritze war meist ein vollständiger oder es blieb ein ganz schmaler halbovaler Spalt in der Pars ligamentosa. Die Spannung des Bandes war im Ganzen geringer und es traten leichter Zitterbewegungen auf. *Der M. int. besorgt die feinere Spannung des Stimmbandes sowohl in der Querrichtung, als auch in der Längsrichtung, er ist also in gewissem Sinne ein Antagonist des M. anticus.*

Nach Abtragung des *M. crico-arytaen. lateralis* war der Proc. vocalis der operirten Seite etwas weiter auswärts gerichtet, die Adduktion schien etwas schwerer zu erfolgen. Bei der Phonation erfolgte der Stimmbandschluss gut oder es blieb ein schmaler dreieckiger Spalt mit der Spitze in der Gegend des Proc. vocalis. Nach beiderseitiger Abtragung des M. lateralis standen die Proc. vocales beide abnorm weit nach aussen. Auch hier konnte aber völliger Schluss der Stimmritze bei der Phonation erfolgen.

Die Wegnahme des *M. transversus* zeigte, dass dieser Muskel durch seine Contraktion die medianen Flächen der Aryknorpel zur Annäherung bringt.

Nach Wegnahme eines *M. crico-arytaen. posticus* stand das Stimmband der operirten Seite der Mittellinie sehr nahe, fast median, und jede Abduktionbewegung war geschwunden. Bei der Phonation erfolgte guter Schluss der Rima. Oft erschien das operirte Stimmband etwas breiter und weniger gespannt. Der betreffende Aryknorpel und Santorini'sche Knorpel neigten ein wenig nach vorn.

Nach gleichzeitiger Wegnahme von *M. internus* und *lateralis* derselben Seite war bei der Phonation der Spalt zwischen den Stimmbändern viel länger und breiter, als wenn nur der M. internus entfernt wurde.

Auf Grund seiner Befunde glaubt H., dass es sich vielfach bei Bildern, die man bisher auf Lähmung eines einzelnen Adduktorenmuskels zurückgeführt hat, um Gruppenlähmung dieser Muskelgattung handelt. Rudolf Heymann (Leipzig).

156. **Beitrag zur Anatomie des kindlichen Kehlkopfes**; von Dr. Demetrio Galatti. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 7. 1899.)

Durch interessante vergleichende Untersuchungen an kindlichen Kehlköpfen hat G. Folgendes gefunden.

Im 1. Lebensjahre liegt der Zungenbeinkörper dem Schildknorpel dicht auf, so dass er den obersten Theil des Schildknorpels von vorn her bedeckt und ein Lig. thyreohyoid. nicht sichtbar ist. Die beiden Schildknorpelplatten bilden einen nahezu halbkreisförmigen Bogen. Das Cornu sup. des Schildknorpels geht von der Platte des Schildknorpels nach hinten und innen und von seinem oberen Ende geht ein Knorpelstäbchen nach vorn unten zum Ende des Zungenbeines.

Der Ringknorpelbogen steht hoch und die Platte ist stark von vorn unten nach hinten oben geneigt. Die Aryknorpel sind massiger und plumper. Die Epiglottis bildet eine tiefe Rinne, ein Tuberculum epiglotticum ist nicht deutlich nachweisbar. Der obere Kehlkopfraum ist durch das stärkere Vorspringen der verschiedenen Knorpel viel unregelmässiger als beim Erwachsenen. Die wahren Stimmbänder sind nicht nur absolut, sondern auch relativ viel kürzer als beim Erwachsenen. Der Eingang zum Sinus Morgagni ist relativ sehr klein, der Sinus selbst in seinem sagittalen Durchmesser kurz, im queren tief und die Appendix stellt hier nicht nur eine Fortsetzung des vorderen Theils dar, sondern des ganzen Sinus. Die Ringknorpelöffnung ist die engste Stelle im Laryngotrachealrohre.

Mit zunehmendem Alter entfernt sich nun das Zungenbein mehr und mehr vom Schildknorpel, aber erst um das 6. Lebensjahr treten die Ligamenta thyreohyoid. deutlich vor. Die Neigung der Ringknorpelplatte ist noch im 2. und 3. Jahre vorhanden und verschwindet im Laufe des 4. Jahres. Rudolf Heymann (Leipzig).

157. **De l'ossification du larynx**; par le Dr. Max Scheier, Berlin. (Arch. de Laryngol.) Paris 1898. Maloine. 8. 15 pp.

Mit Hülfe der Röntgenstrahlen kann man die Verknöcherungzonen der Kehlkopfknorpel am Lebenden direkt sehen und an der Leiche so photographiren, dass auch ihr feineres Gefüge, die feinen Bälkchen, im Bilde sichtbar werden. Sch. hat nun mit Hülfe der Röntgenstrahlen den Kehlkopf an 70 männlichen und weiblichen Leichen untersucht.

Die Verknöcherung beginnt früher, als man gewöhnlich denkt. Schon im 19. Lebensjahre sehen wir am Schildknorpel die ersten Züge von Knochengewebe. Die Verknöcherung beginnt am Schildknorpel hinten über dem Cornu infer. und breitet sich von da nach oben aus. Mitunter erscheinen auch gleichzeitig Knochenkerne am Cornu super. und am Cornu inferius. Beim Weibe schreitet nun die Verknöcherung gleichmässig in der Richtung von hinten nach vorn fort, beim Manne breitet sie sich vom Cornu infer. am unteren Rande nach vorn aus, ausserdem aber geht hier vom Tuberculum thyreoid. infer. eine Verknöcherungzone in gerader Richtung nach vorn oben. Beim Ringknorpel besteht keine Verschiedenheit zwischen den beiden Geschlechtern. Es finden sich hier Knochenkerne an den Stellen, wo das Verstärkungband des Lig. crico-thyreoid. laterale sich ansetzt und wo das Gelenk zwischen unterem Schildknorpelhorne und Ringknorpel sich befindet. Beim Aryknorpel zeigt sich die Verknöcherung meist zuerst an der Basis. Verknöcherungen an den Santorini'schen Hörnchen wurden nie, an der Epiglottis nur selten gefunden.

Die Verknöcherung zeigt sich zuerst am Schildknorpel, dann am Ringknorpel, dann kommt der

Aryknorpel an die Reihe und endlich die Trachea. Im Allgemeinen ist die Verknöcherung um so weiter fortgeschritten, je älter ein Individuum ist, doch kommen da grosse Schwankungen vor.

Einen Einfluss von Tuberkulose oder Syphilis oder anderen chronischen Entzündungen auf die Knochenbildung, wie er von Manchen angenommen worden ist, hat Sch. nicht finden können. Eben so wenig hat er bei Untersuchung von 30 Sängern und Sängerinnen Unterschiede in dem Verhalten des Kehlkopfes gegenüber dem anderer Menschen nachweisen können.

Beim Pferde scheint, umgekehrt wie beim Menschen, die Verknöcherung bei den Stuten stärker zu sein als bei den Hengsten. Bei Hunden von 7—8 Jahren fand sich schon ziemlich starke Verknöcherung des Kehlkopfes.

Rudolf Heymann (Leipzig).

158. **Ueber die Lymphgefässe und Lymphdrüsen des Kehlkopfes**; von Dr. Most. (Anat. Anzeiger XV. 21. 1899.)

M. hat den Lymphapparat des Kehlkopfes nach Gerota's Injektionmethode untersucht und Folgendes gefunden.

Die Lymphgefässe sind an den verschiedenen Stellen des Kehlkopfes sehr verschieden reichlich. Es gilt auch hier wie in anderen Schleimhäuten die Regel, dass die Anzahl und Weite der Lymphgefässe von der Dicke der Schleimhaut abhängt. Auf den wahren Stimmbändern sind die Lymphgefässe am spärlichsten. Durch die wahren Stimmbänder wird das Kehlkopfinnere in zwei ziemlich scharf von einander getrennte, nur an der Hinterwand breit zusammenhängende Lymphgebiete zerlegt.

Die Lymphe aus dem oberen Gebiete wird jederseits durch 3—6 Stämmchen gesammelt, die seitlich durch die Membr. thyreo-hyoid. treten, sich dann auf 2—4 vermindern und dann zu Drüsen gehen, die in der Höhe der Theilung der Carotis an und auf der Jugularis liegen, mitunter aber auch zu höher oder tiefer gelegenen.

Die Gefässe des unteren Gebietes treten durch das Ligamentum cricothyreoideum und hauptsächlich durch das Ligamentum cricotracheale nach aussen. Zu diesem Gebiete gehören eine kleine Drüse median vor dem Ringknorpel, mitunter auch eine Drüse unterhalb des Isthmus glandulae thyreoideae, ferner Drüsen um die Schilddrüse herum und um den Nervus vagus, sowie Drüsen seitlich der Trachea bis zum Sternum herunter.

Rudolf Heymann (Leipzig).

159. **Vergleichende Untersuchungen über die Sinnesschärfe Blinder und Sehender**; von Prof. H. Griesbach in Basel. (Arch. f. Physiol. LXXIV. 11 u. 12. p. 577; LXXV. 8—12. p. 365. 523. 1899.)

Es steht fast als Dogma fest, dass die Blinden ein besonders feines Gefühl und Gehör hätten, dass sich bei ihnen also gleichsam ein Sinnesvicariat für den fehlenden Gesichtsinn ausgebildet habe. Diese Ansicht wird durch die ausserordentlich genauen vergleichenden Untersuchungen widerlegt, die G. an Sehenden und Blinden und Tauben angestellt hat. Seine Befunde sind bis auf's Kleinste in nicht weniger als 89 Tabellen angegeben und ausserdem kritisch erläutert. Das Ergebniss dieser mühevollen Untersuchungen, die auch auf die Fechner'schen Trugwahrnehmungen oder Vexirfehler ausgedehnt wurden, ist in ganz kurzem Umrisse folgendes. Das Gefühlvermögen (Unterscheidungvermögen für taktile Eindrücke, die Tastschärfe) besonders an den Fingerspitzen ist besser beim Sehenden als beim Blinden, wenn der Unterschied auch nur gering ist. Im Gehör und Geruch ist kein Unterschied zwischen Blinden und Sehenden. Durch geistige Arbeit ermüden Beide gleich; geringe Differenzen sprechen auch hier für die Sehenden; durch Handarbeit ermüden die Blinden schneller als die Sehenden. Bei Blinden und Sehenden sind die Zahl und die Art und die örtliche Vertheilung der Trugwahrnehmungen gleich. Es ist also nirgends ein Uebergewicht der Sinnesschärfe bei den Blinden, sondern eher ein kleines Plus auf Seite der Sehenden festzustellen.

Lamhofer (Leipzig).

160. **Das Neuron des Ganglion ciliare und die Centra der Pupillenbewegungen**; von Dr. Alessandro Marina in Triest. (Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 356. 1899.)

Nach einer kritischen Zusammenstellung der vielfach sich widersprechenden anatomischen Angaben über das Kerngebiet des N. oculomotorius beschreibt M. seine Versuche an Hunden und Affen und deren Folgen für das Ganglion ciliare. Aetzung der Hornhaut, Irideremie, Exenteration, Neurektomie, Verletzungen der Ciliarprocesse u. s. w. bewirkten stets eine mehr oder weniger ausgedehnte Degeneration des Ganglion ciliare und zum Theil auch des mit dem Gangl. ciliare verbundenen Gangl. Gasseri. Nach Nicotin-Injektion in die Orbita trat Erweiterung der Pupille durch Lähmung des Sphinkter ein.

Die Hauptschlussfolgerung M.'s aus seinen Untersuchungen ist, dass das Gangl. ciliare beim Affen wirklich ein Centrum der Pupillenbewegung, ja überhaupt das einzig nachgewiesene ist.

Lamhofer (Leipzig).

161. **Weitere Beobachtungen über den physiologischen Pupillenabschluss**; von Dr. C. Hamburger in Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. XXV. 22. p. 355. 1899.)

Es stehen zwei verschiedene Ansichten über den Pupillenabschluss und die Quelle des Kammerwassers einander gegenüber. Die einen Autoren nehmen an, dass das Kammerwasser aus dem Ciliarkörper stamme, von dem aus es an der Hinterfläche der Iris durch die Pupille in die vordere

Kammer gelange; die anderen nehmen an, dass die Iris der Linse so dicht anliege, dass keine Flüssigkeit aus der hinteren in die vordere Kammer unter normalen Verhältnissen dringe und dass das Kammerwasser aus der vorderen Irisfläche stamme. Die letztere Ansicht vertheidigt auch H. Er spritzte in die hintere Kammer Fluorescein mit einer ganz feinen Spritze und fand, dass die Flüssigkeit auch bei ziemlich weiter Pupille nicht direkt in die vordere Kammer dringt, sondern noch längere Zeit sich ringförmig hinter der Iris ausbreitet. Bei Punktion der vorderen Kammer schiesst die Flüssigkeit im Strahle hervor. Ist ein Kolobom der Iris vorhanden, der wasserdicht an die Linse anschliessende Sphinktertheil der Iris also unterbrochen, so tritt das Fluorescein stets im Kolobombereiche zuerst in die vordere Kammer. Nicht recht begreiflich wäre es nach H. auch, dass die Glaskörperflüssigkeit eiweisshaltig, das Kammerwasser aber fast eiweissfrei ist, wenn beide vom Ciliarkörper abgesondert würden.

Lamhofer (Leipzig).

162. **Ueber die anomale Lokalisation der Netzhautbilder bei Strabismus alternans**; von Prof. Ew. Hering in Leipzig. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 15. 1899.)

H. berichtet über die Untersuchung eines jungen Mannes, der Strabismus alternans divergens mit beiderseits nahezu normaler Refraktion und Sehschärfe und einem Schielwinkel von beiläufig 26° hatte. Die Untersuchung hatte den Zweck, festzustellen, ob und wie weit ein binocularer Sehakt vorliege und ob die anomale Art, in der der Schielende die Netzhautbilder lokalisirte, auf den Erwerb einer anomalen Correspondenz der Netzhäute sich zurückführen lasse. Es stellte sich heraus, dass kein binoculares Sehen vorhanden war, sondern dass bald das eine, bald das andere Auge die führende Rolle übernahm, während das Bild des schielenden Auges (keine Doppelbilder) einfach übersehen wurde, ähnlich, wie dies beim Mikroskopiren, Ophthalmoskopiren für das offene unbewaffnete Auge der Fall ist. Eben so wenig war eine neu erworbene anomale Correspondenz der Netzhaut vorhanden. Nur unter besonders hergestellten Bedingungen und bei besonderer Aufmerksamkeit des Mannes kam auch das foveale Bild des Schielauges zur Geltung — simultanes Monocularsehen mit beiden Augen.

Diese letztere Thatsache ist nach H. ein zwingender Beweis gegen die alte Identitätlehre Joh. Müller's, nach der es für unsere Wahrnehmung ganz gleichgültig sein sollte, ob ein Lichtreiz von der einen oder der anderen Stelle eines identischen Stellenpaares zur Empfindung gebracht wird.

Lamhofer (Leipzig).

163. **Ein unbeachtet gebliebenes Augensymptom bei der Kältestarre der Frösche**; von Dr. G. Abelsdorff in Berlin. (Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 4. p. 81. 1899.)

Wenn Frösche starker Kälteeinwirkung ausgesetzt werden, schliessen sie die Augen, deren Pupillen verengt sind. Mit der Verengerung der Pupille ändert sich deren Farbe; sie wird grau in Folge von Trübung der Rindenschicht der Linse. Diese Trübung verschwindet wieder vollständig beim Aufthauen; man kann dabei manchmal beobachten, wie die Cirkulation in den Gefässen der Membrana hyaloidea allmählich wieder eintritt. Da bei manchen Säugethieren schon eine geringe Herabsetzung der Temperatur zur Erzeugung von Trübung der Linse genügt, so wäre es möglich, dass bei Winterschläfern, während der Abkühlung, die sie dabei erleiden, auch vorübergehende Trübung auftritt.

Lamhofer (Leipzig).

164. **Das Weinen und Thränen der Neugeborenen**; von L. de Wecker, Paris. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 222. Juni 1899.)

Als Erwiderung auf die Angabe Axenfeld's, dass in den ersten 3—4 Wochen nach der Geburt sowohl das reflektorische, wie auch das psychische Weinen fehle, bemerkt Vf., dass das reflektorische Weinen oder, besser gesagt, das Thränen schon bei Neugeborenen sicher in den ersten Wochen zu beobachten sei. Richtig weinen können die kleinsten Kinder nicht, nach Axenfeld wegen des vollständigen Mangels eines adenoiden lymphatischen Zwischengewebes, nach Vf. deswegen, weil noch kein psychischer Reiz auf Gehirn und Rückenmark übertragen wird und die beim Neugeborenen noch unentwickelte Palpebraldrüse demnach nicht zur Absonderung angeregt wird. Es funktionirt hier nur die Orbital- oder Desinfektiondrüse, nicht die Palpebral- oder Gefühldrüse. Der Mensch allein besitzt zwei Thränendrüsen; die Hunde haben davon eine Andeutung, die Affen keine Spur. Nach Entfernung der Palpebral-Thränendrüse hört das Weinen auf.

Lamhofer (Leipzig).

165. **Ueber den Einfluss der intravenösen Harninjektion auf die Nervenzelle**; von E. Bloch und H. Hirschfeld. (Fortschr. d. Med. XVI. 22. p. 843. 1898.)

Nach intravenöser Injektion normaler Harne fanden B. u. H. selbst bei nicht tödtlichen Dosen stets mehr oder weniger ausgeprägte Veränderungen der Vorderhornzellen im Rückenmarke, von leichter Trübung bis zum völligen Zerfalle des Kernes. Die Veränderungen gleichen denjenigen, die Brasch nach Wasserentziehung beobachtet hat. Es liegt daher der Gedanke nahe, dass sie hauptsächlich als Folge der Einwirkung der Harnsalze anzusehen sind.

Teichmann (Berlin).

166. **Untersuchungen über die Ausscheidung der Harnsäure durch die Nieren**; von Hugo Sauer. (Arch. f. mikrosk. Anat. LIII. 2. p. 218. 1898.)

Nach intravenöser Injektion von Harnsäure, die in Piperazin oder Lysidin gelöst war, untersuchte S. die Nieren der Versuchthiere. Er konnte die Auffassung von Ebstein und Nicolaier, dass die Harnsäure durch besondere „Uratzellen“ in der Niere ausgeschieden werde, nicht bestätigen. Als Ort der Ausscheidung fand er die gewundenen

Harnkanälchen und hält es für sehr wahrscheinlich, dass die Harnsäure durch eine aktive Thätigkeit der Epithelien in körperlicher Form in das Lumen gelangt. Von hier wird sie dann durch die geraden Kanalsysteme dem Nierenbecken zugeführt. Auf diesem Wege können sich kleinere Conkremente zu grösseren vereinigen.

Teichmann (Berlin).

167. **Beiträge zur Kenntniss der Harnsäureausscheidung unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen**; von Dr. Schreiber und Dr. Waldvogel. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 1. p. 69. 1899.)

Alle Versuche der Vff. beziehen sich auf Menschen. Beim Hungerversuche an zwei normalen Personen während dreier Tage ergab sich, dass die am 1. Tage bei den 2 Personen 0.477, bez. 0.718 g betragende Harnsäureausscheidung am 3. Tage für beide gleich geworden war (0.197, bez. 0.205 g). Die Vff. sehen demgemäss die Menge von 0.2 g Harnsäure als Normalwerth für die aus zerfallenden Nucleinen im Organismus entstehende Harnsäure an. Da dabei die Gesammt-N-Ausscheidung dieser 2 Personen sehr verschieden war, erscheint es als zwecklos, aus dem Verhältnisse des Harnsäure-N zum Gesammt-N Schlüsse ziehen zu wollen. Bei der einen Versuchsperson wurden auch die Xanthinkörper bestimmt, ihr N-Werth am 3. Hungertage war gleich dem des Harnsäure-N-Werthes. Die Zunahme der täglichen Phosphorsäureausscheidung bei abnehmender Harnsäureausscheidung stimmt nicht mit Horbaczewski's Theorie überein, weshalb Vff. annehmen, dass die Phosphorsäurevermehrung nicht auf vermehrten Leukocytenzerfall zurückzuführen ist. Zwei Personen unter gleichen äusseren Bedingungen scheiden bei täglich gleicher Nahrungzufuhr doch ungleiche Mengen Harnsäure aus, doch besteht der Parallelismus, dass die Person mit grösserer N-Ausscheidung auch grössere Harnsäureausscheidung aufweist. Der Unterschied ist auf individuelle Verschiedenheiten in der Nahrungausnutzung zurückzuführen.

Medikamentös durch Verabreichung von Thyreoideatabletten an Personen mit Adipositas, bez. Basedow'scher Krankheit herbeigeführter Zerfall von Körpereiweiss führt nicht zur Vermehrung der Harnsäure. Rein vegetabilische Kost vermag die Harnsäureausscheidung nicht aufzuheben, während umgekehrt reine animalische Nahrung ohne Vermehrung der Harnsäure die Werthe der Xanthinbasenausscheidung steigert (bei 0.026 g Harnsäure-N 0.036 g Xanthinbasen-N).

Harnstoffzufuhr ist ohne Einfluss auf die Harnsäureausscheidung. Salicylsäure steigert bei gleichzeitiger Vermehrung der Leukocyten entweder die Harnsäure oder die Xanthinkörper oder beide.

W. Straub (Leipzig).

168. **Ueber das Wesen der prämortalen Stickstoffsteigerung**; von Dr. Fr. N. Schulz. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 16. 1899.)

Im Allgemeinen meint man, die prämortale Steigerung der Stickstoffausscheidung beim verhungernden Thiere beruhe darauf, dass das Körperfett bis auf ein bestimmtes Minimum verbraucht sei und nun das Organeiweiss angegriffen werden müsse.

Dem widerspricht schon die Thatsache, dass Fettbestimmungen an verhungerten Thieren sehr grosse Schwankungen im Fettgehalte ergeben haben. Ferner widersprechen dem Versuche von Koll, der Thiere bis zum Auftreten der prämortalen Stickstoffsteigerung hungern liess und durch subcutan injicirtes und auch resorbirtes Fett die Stickstoffausscheidung nicht herabdrücken konnte. Nach Schwarz beeinflusst auch die Einführung von Fett per os nicht den Ablauf des Hungerstoffwechsels.

Sch. ernährte Kaninchen nur mit Traubenzucker und sah dennoch prämortale Stickstoffsteigerung.

Er ernährte dann Hunde mit Eiweiss in unzureichender Menge und fand, dass bei intaktem Eiweissbestande (Stickstoffgleichgewicht) eine prämortale Stickstoffsteigerung auftrat — hier ist allerdings der Mangel an Reservefett zur Erklärung heranzuziehen. *Diese* prämortale Stickstoffsteigerung könnte man somit wohl als Kriterium dafür benutzen, dass ein Thier nur noch ein Minimum von Fett enthält.

V. Lehmann (Berlin).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

169. **Beitrag zur Lehre von der lokalen Disposition**; von L. Hofbauer. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 5. 1899.)

H. kommt zu folgenden Ergebnissen: 1) Aeussere Einflüsse, die geeignet sind, die Disposition des Gewebes bei Allgemeinerkrankungen zu steigern (Trauma, Entzündung, Nervenläsion) gehen mit einer Steigerung der Blutzufuhr zu dem betroffenen Gewebe einher. 2) Die de natura disponirten Gewebe (Prädilektionstellen) zeichnen sich durch reichliche Blutversorgung aus. 3) Die experimentelle Erzeugung einer aktiven Hyperämie entspricht einer Steigerung der lokalen Disposition zur Erkrankung. 4) Dieses constante Zusammentreffen von aktiver Hyperämie und Gewebedisposition legt es nahe, zwischen beiden Faktoren einen causalen Zusammenhang anzunehmen. Dagegen ergeben weder die experimentelle Untersuchung, noch die klinische Erfahrung Anhaltepunkte zu Gunsten der Annahme, dass Prädilektion und Dis-

position einer mangelhaften Widerstandsfähigkeit der Gewebe ihre Entstehung verdanken.

Aufrecht (Magdeburg).

170. **Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität**; von Prof. L. Lewin. Dritte Mittheilung. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 3. 1899.)

Meerschweinchen, Kaninchen und andere Nager sind ausserordentlich tolerant gegen Atropin. Durch Fütterung mit Belladonnablättern und Tollkirschen konnte L. 2 Kaninchen im Laufe von 14 Tagen an 3g, bez. 4g Atropin beibringen, die wenigstens theilweise sicher resorbirt wurden (die Thiere bekamen Pupillenerweiterung und Störungen der Diurese). Das von diesen Thieren gewonnene Blutserum erwies sich jedoch als unwirksam, um an Meerschweinchen die Wirkung toxischer Atropindosen zu paralysiren. Da das Organ der specifischen Wirkung des Atropins das Centralnervensystem ist, lag die Vermuthung nahe, dass bei natürlich atropinimmunen Thieren im Centralnervensystem Substanzen vorhanden sind, die Gift bindend wirken, und die Giftwirkung erst nach ihrer Absättigung zu Stande kommen lassen. Der Versuch ergab, dass Meerschweinchen, die bis zu 42 Tage lang mit wässerigen Emulsionen aus dem Centralnervensystem normaler, sowie mit Atropin vergifteter Kaninchen behandelt worden waren, denselben Dosen Atropin unterlagen wie normale. Also sind bei der angeborenen Immunität für Belladonnaalkaloide weder übertragbare Schutzkörper im Blute, noch giftbindende Substanzen in den Organen vorhanden. W. Straub (Leipzig).

171. **Ueber Malaria nach experimentellen Impfungen**; von Arthur W. Elting in Baltimore. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 5 u. 6. p. 491. 1899.)

Nach den Ergebnissen seiner eigenen zahlreichen Blutübertragungen und nach den entsprechenden Versuchen Anderer hält E. es für fest bewiesen, „dass es specifische Malariaparasiten giebt und der tertiane Parasit immer ein tertianer, der Sommer-, Herbst-Parasit immer ein Sommer-, Herbst-Parasit bleibt". Impft man einen Menschen mit Blut, das die Parasiten der Tertiana enthält, so findet man bei ihm im Verlaufe der entstehenden Krankheit immer nur diese Tertiana-Plasmodien und entsprechend ist es mit den Erregern der Sommer-, Herbst-Malaria. Die Malaria kann sich nach der Einspritzung von 3 ccm infektiösen Blutes (bei der Sommer-, Herbst-Malaria genügt die subcutane Injektion von 2—3 Tropfen infektiösen Blutes) innerhalb 32 Stunden entwickeln. Oft findet man die Parasiten im Blute des Geimpften schon einige Stunden vor der ersten Temperatursteigerung. Sowohl die Impfung mit Tertiana, als die mit Sommer-, Herbst-Malaria-Parasiten kann eine Quotidiana, eine Tertiana oder auch ein unregelmässiges Fieber hervorrufen. Dasselbe infektiöse Blut von Sommer-, Herbst-Malaria erregt bei einem Geimpften eine Quotidiana, bei einem zweiten eine Tertiana, bei einem dritten ein unregelmässiges Fieber. Impft man zu gleicher Zeit Blut von einem Tertianakranken und von Einem mit Sommer-, Herbst-Malaria, so findet man im Blute des Geimpften beide Parasiten. Wer gegen die Tertiana unempfänglich ist, kann sehr wohl mit den Parasiten der Sommer-, Herbst-Malaria inficirt werden. Die Halbmond- und Eiformen des Parasiten der Sommer-, Herbst-Malaria erzeugen nach der Ueberimpfung kein Fieber. Dippe.

172. **The bacteriology of pertussis**; by Henry Koplik. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IX. 85. April 1898.)

K. macht weitere Mittheilungen über das von ihm bereits im Jahre 1897 beschriebene Keuchhustenbakterium, das er rein gezüchtet hat. Er ist der Ansicht, dass das von ihm gefundene Stäbchen mit dem von Czaplewski und Hensel beschriebenen identisch sei. Die weiteren Untersuchungen überzeugten K. davon, dass das Bakterium keine Eigenbewegung besitzt, wie er früher angenommen hatte. Brückner (Dresden).

173. **Beiträge zur Entwickelungsgeschichte und Natur der Mundspeicheldrüsengeschwülste**; von Dr. V. Hinsberg. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 281. 1899.)

H. hat 9 *Mundspeicheldrüsengeschwülste* pathologisch-anatomisch genau untersucht. Auf Grund dieser Untersuchungen, sowie einer gewissenhaften Kritik der bisherigen Anschauungen stellt er folgende Sätze auf: Die abgekapselten Geschwülste der Speicheldrüsen, und wahrscheinlich auch die ihnen verwandten Geschwülste an anderen Gegenden des Kopfes, bestehen aus epithelialen Elementen und einem der Knorpel-Knochenreihe angehörigen Stroma. Beide Gewebe stehen in der Regel in organischer Wechselbeziehung; die Tumoren sind dann gutartig. Bösartig werden sie, sobald diese Wechselbeziehungen gestört sind und das Epithel, sei es durch Trauma oder durch Operation, in eine ihm fremdartige Umgebung, wie z. B. in das Bindegewebe der Parotis, gelangt. Es wächst dann allein, ohne das ursprüngliche charakteristische Stroma. Beide Geschwulstcomponenten, Epithel sowohl wie Stroma, entwickeln sich aus embryonal verlagerten Gewebekeimen im Sinne von Cohnheim.

Die vielfach vertretene Anschauung, dass die Geschwülste sich aus den Endothelien der Saftspalten und Lymphgefässe entwickeln, hält H. nicht für richtig; vielmehr sucht er seine Theorie, dass es sich um epitheliale Gebilde in Verbindung mit abgesprengtem, osteo-chondrogenem Gewebe handelt, durch eine Reihe von Thatsachen zu stützen. Bezüglich der Benennung dieser Geschwülste empfiehlt H. die alte Bezeichnung

„Mischgeschwulst“ beizubehalten, nur könnte man vielleicht durch den Zusatz *embryogene* ihre Entstehung andeuten. P. Wagner (Leipzig).

174. **Stanley's case of patent urachus, with observations on urachal cysts**; by Alban Doran, London. (St. Bartholomew's Hosp. Rep. XXXIV. 1898.)

D. hat in der pathologischen Sammlung des St. Bartholomew's Hospital ein Präparat gefunden, das zu einem Berichte Stanley's im 3. Bande der Verhandlungen der pathologischen Gesellschaft zu London gehört. Weitere Notizen über den Fall aus dem Jahre 1850 stammen von Savory und Kirkes. Das Präparat entstammte einem 2jähr. Knaben, der mehrere Monate lang an Symptomen eines Blasensteines litt. Dann bildete sich eine Schwellung unterhalb des Nabels aus, die deutlich fluktuirte. Auf Einschnitt floss Harn und etwas Eiter ab. Von da ab entleerte sich der ganze Harn durch die Oeffnung, nichts mehr durch die Blase. Bei der *Sektion* fand sich eine wallnussgrosse polypöse Geschwulst, die die Hälfte der Blase, besonders den Blasenhals ausfüllte. Zwischen geraden Bauchmuskeln und Bauchfell war ein Abscess gelegen, an dessen tiefstem Punkt das Ende des Urachus zu erkennen war. Die Höhlung des Urachus war durchgängig bis zur Blase, doch konnte hier keine Communikation entdeckt werden. Wahrscheinlich hat es sich hier um einen Klappenverschluss, wie ihn Wutz annimmt, gehandelt, der sich in Folge der Verlegung der Harnröhre durch die Blasengeschwulst öffnete.

J. Praeger (Chemnitz).

175. **Experimentelle Beiträge zur Geschwulstlehre**; von Dr. O. Lanz. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 20. 1899.)

L. hat in dem Laboratorium der Kocher'-Klinik eine Reihe von *Inokulationversuchen mit verschiedenartigen Geschwulstpartikelchen* vorgenommen. Positive Resultate beim Menschen ergab die Tätowirung der Haut mit fein zerhackten Warzen. Der erste Nachweis von Wärzchen war in ihren ersten Anfängen erst nach einer Incubationzeit von vollen $1^1/_2$ Monaten nach stattgehabter Infektion zu erbringen. Ebenso positiv wie der Warzenversuch ist L. ein Versuch experimenteller Erzeugung von *Dermoiden* beim Thiere, sowie von Uebertragung *colloider Struma* von Mensch auf Hund ausgefallen.

Carcinom-Impfversuche blieben erfolglos; ebenso *Sarkom*-Implantationen. Einzig mit dem *Melanosarkom* hat L. *ein* positives Resultat bei Meerschweinchen erzielt.

Auch Impfversuche mit *Lipomen* und *Fibromen* führten zu keinem Ergebnisse.

P. Wagner (Leipzig).

176. **Ueber Riesenzellbildung in Carcinomen**; von Dr. J. A. Becher in Göttingen. (Virchow's Arch. CLVI. 1. 1899.)

Unter Orth's Leitung untersuchte B. 4 Cancroide, in denen eine besondere Neigung zur Bildung von Riesenzellen bemerkbar war. Drei dieser Geschwülste waren sehr langsam entstanden, und gewachsen auf dem Boden chronisch irritirter Gewebe; die vierte hatte ein rascheres Wachsthum gezeigt. Die Riesenzellen waren in jenen 3 Fällen Abkömmlinge des Bindegewebes, aus unvollkommener Theilung von Fibroblasten mit nachträglicher Confluenz mit anderen gleichartigen Zellen entstanden. Sie lagen in 2 Fällen vorwiegend den in den *peripherischen* Abschnitten der Tumoren gelegenen Cancroidperlen an, drangen durch protoplasmatische Ausläufer zwischen die einzelnen Hornschüppchen vor, zerlegten auf diese Weise die Hornperlen allmählich vollständig, indem sie die einzelnen Schüppchen incorporirten, und erzielten hierdurch, indem an die Stelle der ursprünglichen Hornperle allmählich ein wirklich organisirendes und vernarbendes Granulationengewebe trat, eine lokale *Heilung* der Epithelwucherung. In dem 3. Falle waren nicht die Hornperlen, sondern hyalin degenerirte Abschnitte des Bindegewebes die Angriffspunkte der Riesenzellen. Für das Zustandekommen jener Riesenzellenanlagerung an die Hornperlen ist einerseits der chronische Reizzustand, der die Carcinome hervorgerufen hatte, andererseits das langsame Wachsthum dieser selbst verantwortlich zu machen, auf Grund dessen die Hornperlen bis zu ihren peripherischen Zellenlagen vollkommen verhornten und somit wirkliche todte Fremdkörper darstellten.

Ein grosser Theil der Riesenzellen in dem rascher gewachsenen Tumor war nicht bindegewebiger, sondern *epithelialer* Natur; sie waren anscheinend durch Confluenz der jungen peripherischen Epithelzellen der Hornperlen entstanden. B. weist in dieser Beziehung auf die Experimente Loeb's hin, der bei Versenkung von normalen Epithelelementen in die tieferen Gewebelagen beobachtete, dass erstere als Riesenzellen zu Grunde gingen.

Die Kernstellung erweckte in diesem Falle die Vorstellung, dass es sich etwa um *tuberkulöse* Riesenzellen handeln könne, doch ergab die Bacillenuntersuchung völlig negative Resultate. B. erörtert die Frage nach der Bedeutung der centralen und der peripherischen Kernstellung in Riesenzellen und glaubt in letzterer den Ausdruck einer besonderen Reizeinwirkung, etwa mit centraler Zellenkernnekrose erblicken zu dürfen.

Die epithelialen Riesenzellen gehen wahrscheinlich durch Verfettung zu Grunde; die bindegewebigen haben entweder dasselbe Schicksal, oder sie lösen sich in gewöhnliche Bindegewebezellen auf, so dass zuletzt eine einfache Narbe entsteht.

Beneke (Braunschweig).

177. **Les accidents nerveux du cancer**; par Klippel. (Arch. gén. de Méd. N. S. I. 1. p. 33. Janv. 1899.)

Die Arbeit enthält eine eingehende, durch gründliche eigene Untersuchungen vervollständigte Uebersicht über die durch die Toxine des Krebses herbeigeführten histologischen Veränderungen des Muskel- und Nervensystems, sowie des Rücken-

markes. Ferner werden die bei Krebskranken vorkommende Tachykardie, sowie die Betheiligung des Gehirns näher erörtert. Man beobachtet im Verlaufe des Krebsleidens Formen von Geistesstörung, die als Verwirrtheit oder als akutes Delirium auftreten. Ausserdem kommen Anfälle von Schlafsucht vor und ein Krebskoma, das viel Aehnlichkeit mit dem diabetischen Koma hat.

Aufrecht (Magdeburg).

178. **La production du glycogène dans les tissus qui avoisinent les tumeurs**; par Brault. (Arch. gén. de Méd. N. S. I. 1. p. 31. Janv. 1899.)

Man kann nicht nur in Neubildungen, gleichviel, welcher Natur sie sind, sondern auch in deren Umgebung das Auftreten von Glykogen vermittelst der Jodfärbung feststellen. Dasselbe gelingt im Pflasterepithel der Schleimhäute, in der Epidermis, in den Schweiss- und Talgdrüsen der Haut. In einiger Entfernung von der Neubildung ist kein Glykogen mehr vorhanden. Die Art der Schwellung ist ohne Bedeutung für das Auftreten; gutartige, langsam wachsende Tumoren, chronische hartnäckige Entzündungen, auch wenn sie selbst kein Glykogen enthalten, können auf Haut, Schleimhäute, Talgdrüsen, Schweissdrüsen, Haarfollikel den gleichen Einfluss ausüben.

In den Speicheldrüsen, den Drüsen der Larynx- und Darmschleimhaut, des Uterus konnte kein Glykogen nachgewiesen werden. Dagegen fand es sich in reichlicher Menge in der Nachbarschaft eines Hodensarkoms. Auch in den glatten Muskeln der Aortenmedia neben einem Herde chronischer Aortitis und in den Muskelfasern des Herzens neben einem sklerotischen Herde war es vorhanden.

Das so gebildete Glykogen wird als eine Art Reserve-Nährsubstanz der Zellen aufgefasst.

Aufrecht (Magdeburg).

179. **Adenomyoma uteri diffusum benignum**; by T. S. Cullen, Baltimore. (Johns Hopkins Hosp. Rep. VI. p. 133. 1897.)

C. berichtet über 2 Fälle von Adenoma uteri diffusum benignum. Die vergrösserte Gebärmutter hat in diesen Fällen normale oder Birnenform, bisweilen springen einige subseröse Knoten auf der Aussenwand vor. Auf dem Durchschnitt der Gebärmutter zeigt sich eine starke Verdickung der Wand zwischen der Schleimhaut und der eigentlichen Muskulatur. Diese Verdickung wird gebildet von einer myomähnlichen Masse, die aber keinen abgegrenzten Knoten, sondern ein grobes verfilztes Maschenwerk bildet, das bedeutend blässer als die Muskulatur aussieht, aber allmählich in letztere übergeht. Die Gebärmutterschleimhaut ist glatt oder wenig wellenförmig und etwas verdickt, doch von normalem Bau. An vielen Stellen sieht man die Schleimhaut in die Tiefe zwischen die Muskeln gehen. In der Neubildung verstreut findet man kleine Gewebeinseln, z. Th. mit Cystenbildung. Die Cystchen sind mit Schleimhaut ausgekleidet. Einige sind mit Blut angefüllt. Kleinere Myome findet man in der übrigen Gebärmutterwand. Mikroskopisch stellt sich die Neubildung als aus glatter Muskulatur bestehend dar, durchsetzt an vielen Stellen von Drüsen, die völlig den Schleimhautdrüsen gleichen. Diese sind um so reichlicher, je näher man der Schleimhautoberfläche kommt.

Es ist wohl möglich, dass es, wie im Fall von Schatz, zu Polypenbildung kommen kann. Bei der Entstehung dieser Geschwülste kam C., im Gegensatze zu der Anschauung v. Recklinghausen's, der in seinem Falle die Drüsen auf Reste des Wolff'schen Körpers zurückführte, zu dem Schlusse, dass diese von der Gebärmutterschleimhaut herstammen.

Die Prognose der Geschwülste betr. sieht sie C. mit v. Recklinghausen als nicht bösartige an. Diagnose und Behandlung fallen mit der der übrigen Myome zusammen.

C. hat noch seinen beiden Fällen einen dritten gegenübergestellt, in dem es sich um eine diffuse myomatöse Verdickung der Gebärmutterwand und ein grösseres interstitielles Myom im Gebärmuttergrund handelte. Zwischen den myomatösen Massen waren auch Drüsen eingeschlossen; es ist dies aber nur die mechanische Folge der Wachsthumsrichtung der Myome; die Myomsubstanz selbst war nicht von Drüsen durchsetzt. J. Praeger (Chemnitz).

180. **Die Adenomyome der Leistengegend und des hinteren Scheidengewölbes, ihre Stellung zu den paroophoralen Adenomyomen der Uterus- und Tubenwandung von Recklinghausen's**; von Dr. Ludwig Pick. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 2. p. 461. 1898.)

Die Arbeit berichtet über einen seltenen Fall von Adenomyom des hinteren Scheidengewölbes, das sich in Form eines kugeligen Fibromyoms aus dem Muskelrohr der Scheide in das paravaginale Zellengewebe knotig vorwölbte (Prof. L. Landau). Im Uebrigen beleuchtet sie noch einmal das in der Ueberschrift bezeichnete Gebiet. Die Ergebnisse sind in Schlusssätzen zusammengefasst, denen wir hier mit einigen Kürzungen folgen.

Die embryonale Incorporation von distalen (paroophoralen) Urnierenkanälchen in den Müller'schen Gang, wie sie v. Recklinghausen für die Genese seiner „Adenomyome der Uterus- und Tubenwandung“ voraussetzt, ist auf Grund der Entwicklungsgeschichte leicht verständlich. Diese Annahme erklärt in ausgezeichneter Weise die Prädilektionstellen der paroophoralen Adenomyome. Die Unterscheidung der paroophoralen und der schleimhäutigen Adenomyome des Uterus als peripherische und centrale Tumoren (v. R.) ist höchstens im Allgemeinen aufrecht zu erhalten; erstere können bis an die Mucosa, letztere mit ihren Ausläufern bis an die Serosa heranreichen. Zu den v. R. aufgestellten Kategorien der paroophoralen und der schleim-

häutigen Adenomyome des Uterus und der Tubenwinkel sind als neue Arten hinzuzufügen: 1) die voluminösen, subserösen und juxtauterinen Adenomyome, 2) die Kugelmyome des Uterus mit accidentellen Drüsen- und Cysteneinschlüssen, 3) die schleimhäutigen Adenomyome der Tube. Wie in der Uterus- und Tubenwandung, so giebt es auch in der Leistengegend und im hinteren Scheidengewölbe Adenomyome, von denen die ersteren gewöhnlich mit dem Ende des runden Mutterbandes direkt verbunden sind. Die Epithelbestandtheile dieser Tumoren sind von embryonal versprengten Abschnitten des Wolff'schen Körpers abzuleiten, wofür einmal ihre Lage am Genitalschlauch, das andere Mal die Strukturanalogie der adenomatösen Bestandtheile einiger Geschwülste dieser Gruppe mit specifischen Urnierentheilchen spricht. Die Gleichartigkeit der vaginalen und inguinalen Adenomyome auf der einen und der uterinen und tubaren auf der anderen Seite spricht für die paroophorale Genese auch der letzteren, entgegen dem Zweifel Kossmann's. Einige der beschriebenen Adenomyome der Leistengegend und der Vagina führen cytogenes Bindegewebe, das der entzündlich veränderten Mucosa corporis uteri ähnelt; auch hierin liegt ein Beweis, dass das gleiche Vorkommniss bei den Adenomyomen des Uterus nicht gegen deren paroophoralen Ursprung verwerthet werden kann. In der Cervix kommen „wurzelstockartige" drüsige Anhänge des Wolff'schen Ganges vor, die ein Analogon zu den Samenblasen bilden, während ein distal von ihnen eventuell vorhandener vaginaler Abschnitt des Wolff'schen Ganges dem Ductus ejaculatorius entspricht. Auch von diesen Gebilden können Adenomyome ausgehen. Zum Schlusse wird für die bisher bekannten drüsen- und cystenführenden Myome am weiblichen Genitalapparat ein Schema gegeben, dessen reiche Gliederung zeigt, wie viel auf diesem relativ jungen Gebiete schon gewonnen ist.

Brosin (Dresden).

181. **Ueber die Histogenese der Dermoidkystome und Teratome des Eierstocks**; von Cand. med. P. Kroener. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 2. p. 322. 1898.)

Von 11 derartigen Tumoren wird eine genaue, von Abbildungen begleitete Beschreibung gegeben, erst auf diesen sorgfältigen Einzeluntersuchungen baut sich die zusammenfassende Betrachtung auf. Die *Dermoidkystome* bestehen aus einem Kystomantheil und aus der embryonalen Keimanlage, die beide in verschiedenem Maasse sich entwickeln können. Das Kystom entsteht aus dem Follikel, die Keimanlage aus dem Ei. Im einfachsten Falle ist das Dermoid einer einzigen Cyste angelagert oder wenn die Eigenhülle des Dermoids vom Dermoidbalg zerstört ist, in die Wand der serösen Cyste gewissermaassen eingebettet. In der Regel geht die Wucherung des Follikelepithels weiter, es bildet sich eine Reihe von Cysten, und das Dermoid ist dann mit einem vielkammerigen Pseudomucinkystom verbunden, neben dem es an Grösse völlig in den Hintergrund treten kann. Die Dermoidanlage bleibt in allen Fällen, wenn sie nicht zersprengt ist, streng begrenzt auf einen Wandbezirk des Kystoms. Mitunter umgiebt sich das Dermoid mit einer besonderen Hülle, die einen amnionähnlichen Bau zeigen kann. Meist erhebt sich das Dermoid als Zotte oder Zapfen auf der Hauptcystenwand oder auf einem Septum mitten im Kystadenom. Wo die dermoide Stelle äusserlich nicht als Zapfen imponirt, ist sie kenntlich durch den weisslichen Epidermisüberzug und den von hier entspringenden Haarzopf. Von der Mundbucht aus, die durch die vom Knochen gestützte Kieferleiste und die Zähne kenntlich ist, führt mitunter ein Entodermkanal in das Zapfeninnere. Auf Durchschnitten durch den Zapfen überwiegt gewöhnlich das subcutane Fettgewebe. Stärkere Bindegewebesepten durchziehen das Fettgewebe und leiten zur Schädelkapsel, die das Gehirn umschliesst. In der Hälfte der Fälle finden sich in den Kieferalveolen Zähne. Weiterhin kann die Differenzirung der Anlage bis zur Bildung ganzer Glieder führen.

Von den drei Keimblättern, die das Dermoid bilden, erfährt das *Ektoderm* eine weitgehende Differenzirung. Sekretstauung in geschlossenen Dermoidcysten führt oft zur Bildung von Comedonen und Atheromen. Durch die Perforation solcher Atherome erhält das Corium eine eigenthümlich ausgezackte, gebirgskammähnliche Oberfläche. Wird durch Perforation der Cyste die Sekretstauung der Haut verhindert, so gleicht die Zapfenhaut ganz einer normalen Kopfhaut. Das ebenfalls vom Ektoderm gebildete Gehirn kennzeichnet sich als gliareiche Gewebemasse, die nur wenig Ganglienzellen und meist varikös entartete Nervenfasern enthält. In der Mitte der Gehirnanlage findet sich der Centralkanal mit einer Ependymauskleidung. Ist die Gehirnsubstanz zu Grunde gegangen, so wird ihr Sitz oft noch durch Arachnoidealzotten und Corpora amyloidea angedeutet. In einem Falle stand mit einem Hirnventrikel eine primitive Augenblase in Verbindung, deren inneres Blatt als embryonale Retina entwickelt war. Ausser den Lateralganglien finden sich mitunter unzweifelhafte Sympathicusganglien, deren multipolare Ganglienzellen in kernreichen Hüllen liegen.

Das *Entoderm* tritt in den Ovarialdermoiden an Bedeutung gegen das Ektoderm stark zurück. In einfachster Form bildet es eine Flimmerepithellage auf der unteren Zapfenfläche, in complicirteren Fällen kommen Respirationtractus und Digestiontractus getrennt von einander zur Ausbildung. Der Respirationtractus hat meist das Aussehen einer kindlichen Trachea. In einem Falle war ein Uterus mit Muskulatur, Endometrium und Drüsen vorhanden.

Das *mittlere Keimblatt* liefert das mächtige Fettgewebelager, seine Muskeln entbehren meist der Querstreifung.

Die *Teratome* sind charakterisirt durch ordnungsloses Durcheinanderwachsen und durch übermässige Wucherung aller drei Keimblätter, dazu kommen eine Atypie der Epithelien, sowie die sarkomatöse Form des Grundgewebes. Wenn man annehmen kann, dass ein Ei auf den uns noch unbekannten Geschwulstreiz hin zu einem Dermoid sich entwickelt, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass bei besonders starkem Reize eine Vielheit von Eiern auf ihn reagirt und ein Teratom erzeugt.

Brosin (Dresden).

182. **Zur Lehre von den sogenannten Dermoidcysten des Ovarium**; von Dr. Hans Arnsperger in Heidelberg. (Virchow's Arch. CLVI. 1. 1899.)

Bei einer 27jähr. Frau, die wiederholt geboren hatte und dann wegen Uterusmyom operirt wurde, fand sich im rechten Ovarium, von dem Reste deutlich erkennbar waren, ein gänseeigrosses Dermoid mit einem wallnussgrossen Dermoidhöcker, von einem 4 cm langen und 0.9 cm weiten Kanal durchsetzt. An dem einen Ende spaltete sich letzterer in ein mit Knorpelspangen umgebenes grösseres und ein kleineres Lumen. An der Schlussstelle des Kanals fand sich Knochengewebe, das zusammen mit einer nervengewebeartigen Masse einen zweiten kleineren Höcker bildete. Beide Höcker waren von haarbildender Haut überzogen; das Cystenlumen enthielt typischen Dermoidbrei.

Mikroskopisch zeigte der kleinere Höcker ein Gewebe, das zwar nur wenig Ganglienzellen und Nervenfasern enthielt, im Ganzen aber doch unzweifelhaft nervöser Natur war, ferner Bindegewebeknochen, Pigmentzellen nach Art der Chorioidealzellen, Psammomkörper: lauter Anhaltepunkte dafür, dass dieser Theil des Tumor einer *Kopfanlage* entsprach. Daneben fand sich verknöchernder Knorpel in Anordnungen, die auf Anlage eines Extremitätenskeletes schliessen liessen. Sehr merkwürdig waren die mikroskopischen Befunde an dem grossen Kanal: Dieser stellte alle Abschnitte des *Digestionstractus* dar, Mundhöhle, Magen, Dünn- und Dickdarm, die von Knorpel umgebene Abzweigung nach der Kopfanlage zu glich einer *Trachealanlage*. Das Hautgewebe des Dermoidhöckers zeigte den physiologischen Bau einer Haut, das Epithel setzte sich noch jenseits des Höckers eine Strecke weit auf die Innenwand der Cyste fort. Letztere war nach aussen überall von Ovarialgewebe umschlossen, das Corpora fibrosa, Follikel mit Eiern und sogar ein frisches Corpus luteum enthielt.

Nach diesen Befunden kann an der Deutung des Dermoides als eines *rudimentären Embryo* kein Zweifel sein. Die ganze Cyste entspräche einem reifen Graaf'schen Follikel, die Stelle des Dermoidhöckers einem Discus proligerens.

Aehnliche Befunde, wenn auch weniger ausgeprägt, ergab die Untersuchung eines Dermoids von einem 20jähr. Mädchen. In einem dritten Falle war das unterhalb des Ovarium und der Tube gelegene Dermoid von einem *versprengten* überzähligen Ovarium ausgegangen, dessen Reste als vielkammerige Cyste dem Dermoid anhingen. Ein weiterer kurz erwähnter Fall zeigte mitten in dem Oberflächenepithel des Dermoidhöckers eine Strecke mit Cylinderepithel, unter dem sich Follikel fanden: offenbar ein noch nicht geschlossener Entodermabschnitt.

A. stellt im Anschluss an seine Beobachtungen die Literatur, namentlich soweit sie sich auf *entodermale* Elemente in Ovarialdermoiden bezieht, zusammen, und schliesst sich im Wesentlichen der Anschauung von Wilms an, wonach alle Ovarialdermoide „Embryome“ sind. Betreffs des Vorkommens der gewöhnlichen Kystome neben Dermoiden betont M. die Möglichkeit, dass entodermale Anlagen jenen Schleimkystombildungen zu Grunde liegen können, wie ja denn Hanau und Kappeler auch für nicht mit Dermoiden complicirte Ovarialkystome die Theorie aufgestellt haben, dass sie einer entodermalen Zwillingskeimanlage entsprechen. In längerer Ausführung werden die verschiedenen Hypothesen über die Entstehung der Ovarialdermoide besprochen, namentlich wird die Theorie, dass sie einer Inclusio foetalis entsprechen, zurückgewiesen und die von Waldeyer zuerst angedeutete, dann von Wilms neuerdings durchgeführte Anschauung anerkannt, dass die Entwicklung des Ovarialdermoids nur aus einer Proliferation eines ausgebildeten, aber unbefruchteten Eies zu erklären sei. Ob eventuell eine wirkliche *Geschwulstbildung* des Eies, in dem Sinne, wie andere Gewebe Geschwülste bilden, vorliegt, lässt A. dahingestellt, hält diese Annahme aber jedenfalls nicht für nothwendig. Der ganze Vorgang entspricht einer Parthenogenese, wobei die *Befruchtung eines Eies durch ein zweites* nicht undenkbar ist, zumal ja das gelegentliche Vorkommen *zweier* Eier in *einem* Follikel bekannt ist. Das Vorkommen ganz gleicher Dermoide (= Embryome) im Hoden würde dann entweder auf in die Hodensubstanz versprengte Primordialeier, wie sie thatsächlich vorkommen, oder auf eine Proliferation von noch undifferenzirten Geschlechtzellen des Hodens bezogen werden müssen.

Die Arbeit ist unter Arnold's Leitung im pathologischen Institut zu Heidelberg angefertigt.

Beneke (Braunschweig).

183. **Zur Kenntniss der primären Nebennierengeschwülste**; von N. Brüchanow. (Zeitschr. f. Heilkde. XX. 1. p. 39. 1899.)

B. beschreibt eine grössere Zahl unter sich verschiedenartiger Nebennierentumoren und giebt unter Bezugnahme auf analoge, in der Literatur vorhandene Fälle eine eingehende mikroskopische Untersuchung. Eine Berücksichtigung dieser Mittheilung dürfte Jedem, der sich mit diesem Capitel der Pathologie beschäftigt, zu empfehlen sein. Hier sei nur erwähnt, dass bezüglich des Neurofibroma ganglio-cellulare die Ansicht vertreten wird, dass die Neubildung nicht so, wie Weichselbaum annimmt, aus einer Hyperplasie der im centralen Theile der Nebenniere liegenden Sympathicus-Elemente hervorgeht, sondern eher von einem der Knötchen des Sympathicus ausgeht, die so häufig in Gestalt verschieden grosser Ganglien auf der Oberfläche der Kapsel der Nebenniere gefunden werden.

Aufrecht (Magdeburg).

184. **Zur Lehre von den adenoiden Neubildungen der Leber**; von Dr. Th. Witwicky. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 5 u. 6. p. 474. 1899.)

W. hatte Gelegenheit, in der Klinik v. Openchowski's in Charkow eine Adenomleber zu untersuchen und das, was er dabei fand, führt ihn im Verein mit dem, was Andere in ähnlichen Fällen gefunden haben, zu dem Schlusse: Leberadenome entwickeln sich auf dem Boden der Cirrhose. „Adenome stellen die letzte Stufe der inkapsulirten hyperplastischen Bildungen dar, welche sich aus noch kapselfreien Tumoren entwickeln. Diese letzteren entstehen aus partiellen Hyperplasien von Leberzellen als Ersatz, wenn man sich so ausdrücken darf, für das durch Cirrhose untergegangene Lebergewebe.“ W. meint, man müsse 3 Formen unterscheiden: 1) Adenome, die allein durch Proliferation von Leberzellen entstehen, eigentliche Leberadenome; bleiben auf den Ort ihrer Entwickelung beschränkt, machen keine Metastasen, werden nicht krebsig. 2) Adenome, die aus den Epithelzellen der Gallengänge entstehen, Cylinderzellenadenome; machen leicht Metastasen, können in Drüsenkrebs übergehen. 3) Aus 1 und 2 gemischte Adenome. „All' diese aufgezählten Gruppen von wahren Adenomen sind streng zu unterscheiden von Nebenlebern, oder von den (fälschlich) so genannten congenitalen Adenomen.“

Dippe.

185. **Ein Fall sogenannter hypertrophischer Lebercirrhose mit ungewöhnlichem Verlaufe und allgemeiner Infektion des Organismus**; von Dr. N. Kirikow. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 5 u. 6. p. 444. 1899.)

K. berichtet ausführlich über einen Fall aus dem Neu-Katharinenkrankenhause in Moskau, geht die Literatur durch, so weit sie über ähnliche Beobachtungen und über entsprechende Thierversuche berichtet, und kommt zu dem Ergebnisse, dass man bisher bei der sogen. hypertrophischen Lebercirrhose zu viel auf die Leber und zu wenig auf den übrigen Körper geachtet habe. Die Vergrösserung der Leber kommt zum guten Theile auf Blutüberfüllung. Es giebt zweifellos Fälle, in denen die Leberzellen wohl erkrankt sind, in denen aber keine diffuse Angiocholitis besteht; „also darf man die Hanot'sche Lebercirrhose nicht als Folge einer aufsteigenden Angio- oder Periangiocholitis betrachten und daher auch nicht als identisch mit der eine Sonderstellung einnehmenden biliaren Cirrhose bezeichnen“. Letztere verläuft ohne Milzvergrösserung, die bei der Hanot'schen Cirrhose stets besteht, aber nicht durch mechanische Vorgänge erklärt werden kann. Alles in Allem hält es K. für sehr wahrscheinlich, dass die hypertrophische Lebercirrhose eine infektiöse, bez. toxisch-infektiöse Allgemeinerkrankung ist; man soll nicht von Hanot'scher Cirrhose, sondern von Hanot'scher Krankheit sprechen. Klinisch besteht oft eine grosse Aehnlichkeit mit gewissen Fällen von akutem, fieberhaftem, infektiösem Ikterus. Dippe.

186. **Teleangiektasien der Leber**; von Dr. Theodor Schrohe in Berlin. (Virchow's Arch. CLVI. 1. p. 37. 1899.)

I. Bei einer 31jähr. Phthisica fand Sch. in der stark geschwollenen Leber zahlreiche grosse blaue Punkte, die dilatirten Pfortaderästen entsprachen. Mikroskopisch erwiesen diese Herde sich als kleine Varicen der Pfortader, die vielfach direkt in teleangiektatische Partien der anstossenden Capillargebiete übergingen. Da letztere offenbar nicht durch eine allgemeine Stauung veranlasst waren, so nimmt Sch. an, dass die veränderten Strömung-, bez. Druckverhältnisse in den kleinen Varicen die Ursache für die lokalen Capillarektasien gewesen sind. Die Ursache der Varicen selbst, neben denen sich ausserdem noch multiple partielle Hyperplasien der Adventitia der Pfortaderästchen fanden, ist unklar; die Annahme einer rein mechanischen Entwickelung auf Grund einer Blutdruckerhöhung lehnt Sch. ab. Ein einziger ähnlicher Fall ist von E. Wagner beschrieben worden.

II. In der typisch cirrhotischen Leber eines 56jähr. Mannes fanden sich neben 2 Angiomen von Kirschengrösse zahlreiche Teleangiektasien, die mehr oder weniger ausgedehnten Abschnitten einzelner Acini oder auch den Gefässgebieten mehrerer Acini entsprachen. Sie zeigten verschiedene Entwickelungstadien von einfachen Capillardilatationen mit entsprechender Atrophie der Leberzellen bis zu Bluträumen von der Grösse ganzer Acini, in denen nur einzelne kleine Septa vorhanden waren. Die Angiome waren zwar von Gebieten mit dilatirten Capillaren umgeben, aber nicht in direkt nachweisbarer Communikation mit letzteren, auch zeigten ihre Septa niemals Leberzelleneinschlüsse. Die Entwickelung der Angiome war wahrscheinlich vor die Zeit der Lebercirrhose zu verlegen. Aber auch für die Capillarektasien nimmt Sch. eine ursächliche Beziehung zu letzterer nicht an, sondern glaubt, dass eine multiple lokale, primäre Erkrankung der Leberzellen die Erweiterung der Capillaren veranlasst habe, die mit der Lebercirrhose nicht identisch war. Ob eine histogenetische Verwandtschaft zwischen den Angiomen und den Capillarektasien besteht, lässt Sch. unentschieden.

Beneke (Braunschweig).

187. **Ueber experimentelle Parenchymveränderungen der Leber**; von Dr. H. Hensen. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 1. p. 49. 1899.)

H. injicirt in die Leber auf dem Gallenwege von der Gallenblase aus Schwefelsäure, Chloroform und Formalin in verschiedenen Concentrationen und Mengen. Er fand alle Stufen der Funktionsstörung bis zur Nekrose. W. Straub (Leipzig).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

188. **Eine neue Methode der Behandlung der harnsauren Diathese**; von Dr. J. Weiss in Basel. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 14. 1899.)

Alle Versuche, die im Körper im Ueberschuss gebildete Harnsäure zur Lösung zu bringen und dann herauszuschaffen, sind mehr oder weniger

missglückt, es scheint richtiger, nach Mitteln zu suchen, die überhaupt die Bildung zu reichlicher Harnsäure verhindern. Ein solches Mittel ist nach W. die *Chinasäure*, die eine Verminderung der Harnsäure und eine Zunahme der Hippursäure bewirkt: für die Kranken ein zweifelloser Nutzen, denn Harnsäure braucht 14000, Hippursäure nur 600 Theile kalten Wassers zur Lösung.

Zimmer u. Co. in Frankfurt a. M. haben als *Urosin* Tabletten hergestellt, deren jede 0.5 Chinasäure, 0.15 Lithion citricum (das Lithion wirkt diuretisch und hat auch sonst noch Vorzüge) und 0.3 Zucker enthält. Diese Tabletten sollen zu 6—10 Stück pro die vollständig unschädlich sein und sehr günstig wirken. Dippe.

189. **Versuche über die Wirkungsweise des Extraktes des chinesischen Emmenagogon Tang-kiu oder Eumenol-Merck**; von Dr. Arthur Müller in München. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24. 1899.)

Eumenol ist ein von Merck hergestelltes Extrakt aus der Wurzel Tang-kiu, die in China seit langer Zeit zur Regulirung und Erleichterung der Menstruation angewandt wird. Nachdem Dr. Heinz im pharmakologischen Institute zu München festgestellt hatte, dass das Eumenol ungiftig und ungefährlich ist, hat M. es zu 3mal täglich 1 Kaffeelöffel voll bei verschiedenen Kranken angewandt und ist mit seinen Erfolgen durchaus zufrieden. Das Mittel beschleunigt die verzögerte, verstärkt die zu schwache Menstruation, lindert prämenstruelle Schmerzen. Dabei hat es keine unangenehmen Wirkungen, ist vor Allem kein Abortivum. Dippe.

190. **Ueber Wirkung und Ausscheidung grosser Dosen Paraldehyd**; von Dr. Emil Raimann. (Wien. klin. Rundschau XIII. 19—22. 1899.)

Dass das Paraldehyd ungiftig ist, beweisen die Fälle von ungestraftem Einnehmen sehr grosser Mengen. Ein Kranker von Dr. G. Reinhold nahm 60 g in 24 Stunden, ein Patient Lewin's 480 g per Woche, eine Patientin Th. Mackenzie's verschluckte 150 g auf einmal und erwachte nach 34stündigem Schlafe in gutem Wohlsein. R. berichtet über 2 Kranke aus der Wiener psychiatrischen Klinik, die aus Versehen je 50 g reines Paraldehyd bekamen, 14, bez. 19 Stunden schliefen und diese grosse Menge ohne jedes besondere Unbehagen verarbeiteten. R. benutzte die Gelegenheit, um festzustellen, auf welche Weise das Paraldehyd aus dem Körper herausgeschafft wird und fand, dass weitaus der grösste Theil durch die Lunge ausgeschieden wird, etwas durch die Haut, sehr wenig durch die Nieren; ein kleiner Theil wird wahrscheinlich im Körper verbrannt. Sehr auffallend war bei beiden Kranken die Herabsetzung der Darmfäulniss.

Das Paraldehyd wäre schon seiner Ungiftigkeit wegen ein vortreffliches Schlafmittel, wenn es nicht so schlecht schmeckte und wenn es nicht der Ausathmungluft einen so abscheulichen Geruch gäbe. In Anstalten kann man sich mit beiden Uebelständen allenfalls abfinden. Dippe.

191. **Dionin und seine Anwendung bei der Abstinenzkur des chronischen Morphinismus**; von Dr. A. Fromme in Stellingen. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 14. 1899.)

Fr. hat das Dionin, die salzsaure Verbindung des Morphinäthyläthers, als Hülfsmittel zur Abgewöhnung des Morphium in mehreren Fällen als sehr wirksam befunden, wirksamer noch, als das bisher beste Mittel, das Codein. Das Dionin, das, in Wasser leicht löslich, sich sehr zu Einspritzungen eignet, erlaubt ein ziemlich schnelles Herabsetzen der Morphiumgaben und verhütet, wenn man bei etwa 0.04—0.02 pro die das Morphium ganz fortlässt, zeitig genug und in genügender Dosis gegeben, gar zu schwere Abstinenzerscheinungen. Auf die genügende Dosis kommt viel an. Fr. hat als Ersatz für 0.02—0.04 Morphium pro die bis zu 1.0 Dionin pro die gegeben, meist kam er mit kleineren Mengen, 0.4—0.6 pro die, aus. Dippe.

192. **Ueber die Giftigkeit des Heroins (Diacetylmorphins)**; von Erich Harnack in Halle. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 27. 1899.)

H. erinnert daran, dass das Diacetylmorphin bereits 1890 von den englischen Aerzten Dott und Stockmann geprüft und als sehr wirksam, aber auch als sehr giftig befunden wurde (Jahrbb. CCXXIX. p. 134) und meint, Dreser wäre bei seiner Empfehlung des Heroins als Heilmittel nicht mit der genügenden Sorgfalt vorgegangen. Er (Dreser) habe seine Ergebnisse an Thieren zu leicht auf den Menschen übertragen (was gerade bei Narkoticis besonders bedenklich ist) und habe die Gefährlichkeit des Mittels erheblich unterschätzt. Das Heroin ist augenscheinlich für den Menschen wesentlich giftiger und gefährlicher als das Morphin. Es schwächt Athmung und Herz, führt zu sehr unangenehmen Allgemeinzuständen, zu Ohnmachten u. s. w. Mancher üble Zufall nach Heroinanwendung ist bereits bekannt geworden, mancher wohl nicht. Dass man in den Elberfelder Farbenwerken selbst nach und nach das Heroin als bedenklich erkannt hat, beweist das stete Heruntergehen mit der Dosis, anfangs wurde empfohlen, 0.005—0.02 3—4mal zu geben, jetzt heisst es, man solle nicht ohne Weiteres über 0.005 hinausgehen! Dippe.

193. **Ueber die specifische lokal anästhesirende Kraft einiger Substanzen**; von Dr. R. Gradenwitz. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 4. 1899.)

G. stellte sich die Aufgabe, die anästhesirende Kraft der untersuchten Substanzen durch ziffermässig vergleichbare Werthe festzustellen. Ge-

prüft wurden: Cocain, Eucain, Holocain, Orthoform, Atropin, Morphin, Ephedrin, Antipyrin, ferner die Kalium-, Natrium- und Ammoniumsalze der Halogene; Ammoniak-, Kalium- und Natriumnitrat und Sulfat.

Versuchsthiere waren enthirnte und entblutete Frösche. Reiz: Eintauchen der Pfote in Salzäure. Es ergaben sich 3 Grade der Anästhesie: 1) Ueberschreitung des Schwellenwerthes (0.6proc. Salzsäure wird erst nach einiger Zeit empfunden), 2) Unempfindlichkeit gegen mittlere Reize (0.6proc. Salzsäure wirkungslos), 3) totale sensible Lähmung (25proc. officinelle Salzsäure wirkungslos). Zur Erlangung vergleichbarer Werthe der specifischen Wirksamkeit geht G. von dem Principe aus, „dass die specifisch lokal anästhesirende Wirkung der Lösungen zweier Substanzen als gleich angesehen werden kann, wenn sie gleiche Zahl von Molekülen in gleichen Voluminibus enthalten". Bezüglich der Einzelheiten der Berechnung muss auf das Original verwiesen werden.

G. fand so das Cocain in allen drei Intensitätgraden obenan stehend, dann folgt Holocain, bez. Eucain; die Kali- und Ammoniumsalze der Halogene erwiesen sich als den Natriumsalzen weit überlegen (letztere rangiren unter den wirksamen an letzter Stelle), stark wirksam war Ammoniak. Wirkunglos für alle drei Grade waren Kochsalz, Glaubersalz, Atropin und Morphin.

W. Straub (Leipzig).

194. **Ueber die Wirkung des Eucain und einiger dem Eucain homologen Körper in Beziehung zu der chemischen Constitution**; von Dr. Gaetano Vinci. (Virchow's Arch. CLIV. 3. p. 549. 1898.)

V. untersuchte die Aenderungen der physiologischen Wirkungen, die durch chemische Aenderungen am Eucainmolekül, als Benzoyl-n-Methylacetonalkamincarbonsäuremethylester in seiner chemischen Constitution bekannt, hervorgebracht werden. Er fand, dass die Verkuppelung der Grundsubstanz mit Benzoësäure und anderen Säuren der aromatischen Reihe mit Ausnahme der Mandelsäure das wesentliche lokal anästhesirend wirkende Princip ist. Die lokal anästhetische Wirkung wird aufgehoben bei Ersatz der Benzoylgruppe durch Acetyl, umgekehrt wird die gänzlich wirkungslose Triacetonalkamincarbonsäure durch Benzoylirung stark lokal anästhesirend. Die Aetherificirung des Eucainmolekül ist für die lokal anästhetische Wirkung belanglos (gegen Poulsson's Befunde am Cocainmolekül). Bezüglich der Nebenwirkung sind Benzoësäurederivate weniger lokal reizend als Derivate anderer aromatischer Säuren. Es besteht eine centrale Wirkung von Erregung bis Lähmung abhängig von der Anwesenheit einer Carboxylgruppe (auch ätherificirt). Hingegen hebt der Eintritt der Carboxylgruppe die curareartige Lähmung der motorischen Nervenenden bei Triacetonamin auf. Die Einführung des ätherificirenden Alkoholradikals steigert die Toxicität. Die Curarewirkung ist am stärksten bei der Muttersubstanz der ganzen Gruppe, dem Triacetonamin.

Die allgemeine Toxicität (pro Kilogramm Kaninchen) wird erhöht durch ätherartig gebundene Alkoholradikale. W. Straub (Leipzig).

195. **Versuche über Cocainisirung des Rückenmarkes**; von Prof. A. Bier. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 361. 1899.)

B. hat den Versuch gemacht, durch *Cocainisirung des Rückenmarkes grosse Strecken des Körpers unempfindlich gegen Schmerz* zu machen. Es ergab sich, dass man durch ausserordentlich geringe Cocainmengen (0.005 g), die nach Art der Quincke'schen Lumbalpunktion in den Sack der Rückenmarkshäute eingespritzt werden, etwa ²/₃ des ganzen Körpers so unempfindlich machen kann, dass man daran die grössten Operationen ohne Schmerzen ausführen kann. Diese Empfindunglosigkeit tritt in dem ganzen Gebiete der Beine bereits nach 5—8 Minuten ein. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Wirkung des Cocains auf die noch scheidenlosen Nerven, bez. die Nervenwurzeln und vielleicht auf die Ganglienzellen und nicht auf das Rückenmark selbst.

B. hat nach 0.005—0.01 Cocain eine Resektion des Fuss- und Kniegelenkes, eine Nekrotomie der Tibia, eine Resektion des Sitzbeinknochens, eine Resektion bei einer complicirten Oberschenkelfraktur, die Operation einer Osteomyelitis femor. ohne jeden Schmerz für den Kranken ausgeführt.

Wirkliche Gefahren hat B. bei den Cocainisirungversuchen des Rückenmarkes nicht beobachtet, wohl aber bei einem Theile der Kranken sehr unangenehme Nachwirkungen, wie wir sie nach der allgemeinen Narkose mit Chloroform und Aether sehen, und die in einzelnen Fällen insofern noch bedeutender waren, als sie länger andauerten, als das bei jenen Narkosen die Regel ist.

Weitere Versuche am Menschen hat B. noch nicht angestellt. Vielleicht führen Thierversuche zu einem Ergebnisse. Hier wäre der Hund das gegegebene Versuchsthier, weil er leicht erbricht, also eine der wichtigsten unangenehmen Nebenwirkungen bei diesem Thiere beobachtet werden könnte. P. Wagner (Leipzig).

196. **Contribution à l'étude des effets excito-moteurs et convulsivants de la cocaïne**; par H. Soulier et L. Guinard. (Lyon méd. LXXXVIII. p. 465; Juillet 31. 1898.)

S. und G. stellten, theilweise unter Abtragung des Gehirns, Versuche mit *Cocain* an Katzen, Meerschweinchen, Tauben an, die besonders die Arbeiten Danini's, Anrep's und Richet's zu ergänzen geeignet erscheinen. Diese Forscher hatten bereits gefunden, dass die *Cocain*-Krämpfe nach Durchschneidung des Bulbus aufgehoben sind, zugleich aber auch, dass die Reizbarkeit des Rückenmarkes

durch *Cocain* erhöht wird und Richet nahm deshalb eine Reizung der motorischen Zonen des Gehirns durch *Cocain* an, stellte auch direkt, durch Abtragung der cortikalen Roland'schen Zone des Gehirns die Abschwächung, bez. fast völlige Aufhebung der Krämpfe fest, sah aber auch selbst nach Schnitten über dem Bulbus spurenweise krampfhafte Erscheinungen fortbestehen. Den beherrschenden Einfluss der Hirnrindensubstanz bestätigten die Versuche von Delbosc an Kaninchen, Meerschweinchen, Taube, Hund und Affen, die ergaben, dass die zur Hervorrufung von Krämpfen nöthige *Cocain*-Gabe um so kleiner zu sein brauchte, je grösser (auf 1 kg Thier bemessen) das Gewicht des Gehirns war. Nichtsdestoweniger kommt rücksichtlich der *Cocain*-Wirkung das von vielen Beobachtern behauptete Ergriffenwerden der Bulbomedullarcentra mit in Frage, und S. und G. stellten es sich zur Aufgabe, diese Wirkung des *Cocains* auf die verschiedenen Nervencentra näher zu ermitteln. Von ihren Versuchen sind die an Meerschweinchen und Tauben angestellten die überzeugendsten: immer hatten sie stetige und gleiche Ergebnisse zur Folge, derart, dass man bei den enthirnten Thieren deutlich erkennt, welche Erscheinungen fehlen und welche in Folge der Gehirnabtragung noch hinzukommen.

S. und G. ziehen aus allen diesen Versuchen nachstehende Schlussfolgerungen: Nach der Absorption wirkt das *Cocain* in erster Linie auf die Rindensubstanz, was sich beim Menschen in besonderen, und zwar erheiternden Wirkungen äussert, unter Veränderung des ganzen psychischen und intellektuellen Zustandes. Dieselben Wirkungen auf das Gehirn erklären auch die Unruhe, Ueberreizbarkeit, leichte Erregbarkeit, den motorischen Trieb und die grosse Agitation, die die Thiere bei Beginn der Cocainisation zeigen und die nach Abtragung des Gehirns gänzlich schwinden. Die Wirkungen des *Cocains* auf die bulbomedullaren Centren sind ursprünglich gleicher Natur, sie vermehren die Empfänglichkeit der Centren und reizen sie anfänglich; daraus erklären sich bei enthirnten Thieren gewisse freiwillige Bewegungen, die sie machen, Anfänge von Convulsionen, die zumeist unvollkommen bleiben und sich beschränken auf Reflexkrämpfe von wenig Bedeutung.

Die *Cocain*-Krämpfe treten nicht leicht in ihrer ganzen Heftigkeit auf und nehmen den epileptiformen Charakter, den sie gewöhnlich vortäuschen, nur in der Periode der Vergiftung an, in der die in Ueberreizung versetzten Rückenmarkcentra die vom Gehirn ausgehenden motorischen Impulse empfangen und verstärken können. Beim Fehlen des Gehirns werden die krampfhaften epileptiformen Erscheinungen, weil eben die motorischen Antriebe fehlen, *nicht* beobachtet. Nach diesen untrüglichen Beobachtungen ist das *Cocain* im Wesentlichen als ein die Hirnrinde ergreifendes Gift zu betrachten, sie lassen uns die von Richet und Delbosc angegebene unmittelbare Beziehung begreifen, die zwischen der Krampfgabe dieses Alkaloids und der Masse des Gehirns besteht.

Das Zittern, der Verlust des Gleichgewichtes, die mehr oder weniger zusammenfallen mit der Excitation, können zwar auf Einflüsse von Seiten des kleinen Gehirns bezogen werden, aber sie sind sicherlich auch an die medullaren Wirkungen gebunden, die sekundär die motorischen Störungen und die Paresen herbeiführen, die bei allen Thieren bemerkt wurden.

Schliesslich und rasch genug tritt das *Cocain* in starken Gaben als ein die Nervencentra paralysirendes Mittel auf und beschränkt sich bei manchen Thieren, wie bei Fröschen, auf diese Wirkung, doch liess sich auch beobachten, dass eine Abschwächung der Unterdrückung der Rolle, die der grauen Substanz zukommt, genügt, um den zuletzt genannten Erscheinungen das Uebergewicht zu geben.

Man darf daher sagen, dass das Cocain auf alle Theile des Nervensystems wirken kann; aber in der Erzeugung seiner charakteristischsten krampfhaften Wirkungen verräth es hauptsächlich eine Bevorzugung des Grosshirns. O. Naumann (Leipzig).

197. **Schleich's general anaesthesia not a success**; by H. Rodman. (New York med. Record LIV. 14. p. 478. Oct. 1. 1898.)

R. berichtet aus dem Mount Sinai Hospital in New York über 700 Narkosen, die versuchsweise mit dem Chloroformäther-Gemenge Schleich's ausgeführt wurden. Verwendet wurde in der Mehrzahl der Fälle die Mischung Nr. 3, bei Herzkrankheiten Nr. 2, bei Kindern unter 10 Jahren Nr. 1. Die Narkose wurde stets von einem erfahrenen und zuverlässigen Narkotiseur ausgeführt.

R. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Mischung wird leichter und angenehmer inhalirt, wie Aether allein, während sie gegenüber Chloroform diesen Vorzug nicht besitzt. Die Zeit bis zum Eintritte der Narkose betrug 15—20 Minuten, selten weniger, gelegentlich mehr. Die verwendete Maske zeigte sich als ungeeignet und veranlasste mehrmals durch Herabträufeln der Mischung Verbrennungen im Gesicht. Das Stadium der Excitation war wenig ausgeprägt, aber stets vorhanden. Die allgemeine Erschlaffung war eine grössere, wie bei der Aethernarkose.

2) Während der Narkose zeigte sich eine verminderte Reizung der Schleimhäute bei Verwendung der Mischung. Die Narkose selbst zeichnet sich durch frühes Erlöschen der Reflexe aus. Der Puls blieb langsam, eine allgemeine *leichte Cyanose* wurde *meist* beobachtet, die Pupillen waren etwas erweitert, die Respiration verlangsamt. Dieser Zustand kann ohne besondere Warnungsignale zu einem schweren asphyktischen Zustande führen. R. hat derartige Asphyxien 6mal beobachtet; unter der üblichen Behandlung war der Ausgang stets

gut. Auch einen schweren Herzcollaps hat R. gesehen.

3) Das Würgen und Erbrechen nach der Narkose war genau dasselbe, wie sonst; auch die Störung des Allgemeinbefindens und das allgemeine Unbehagen waren vorhanden. Die Periode des Erwachens wurde durch die Anwendung der Schleich'schen Mischung Nr. 3 nicht abgekürzt.

4) Einige Male wurden Bronchitiden (auch mit Pneumonien) beobachtet, in einem Falle mit tödtlichem Ausgange nach 14 Tagen. Auch Conjunctivitis und Rhinitis kamen vor. 3mal wurden bei Kranken, deren Urin vor der Operation normal gewesen war, nach der Narkose Eiweiss und Cylinder festgestellt, so dass also die Schleich'sche Mischung auch nicht vor Nierenreizung schützt. Nach der Meinung R.'s ist demnach die Narkose mit dem Schleich'schen Gemenge nicht ungefährlicher, wie die mit Aether und Chloroform, sondern sogar „weniger frei von Gefahren". R. ist deshalb wieder zur Chloroformdarreichung eventuell unter wechselweiser Darreichung von Aether zurückgekehrt. F. Krumm (Karlsruhe).

198. **Orthoform in der Rhino-Laryngologie**; von Dr. Emanuel Fink in Hamburg. (Sond.-Abdr. aus d. ärztl. Praxis XI. 20. 1898.)

Das Orthoform (p-Amido-m-Oxybenzoësäuremethylester) vermag das Cocain, vor dem es den Vorzug völliger Ungiftigkeit besitzt, in mancher Beziehung zu ersetzen. Das Orthoform wirkt stark und anhaltend anästhesirend, aber nur wenn es auf eine des Epithels beraubte Schleimhaut kommt, nicht auf unverletzte Schleimhaut, ausserdem besitzt es baktericide Eigenschaften und wirkt sekretionbeschränkend. Die gefässcontrahirende Wirkung des Cocains fehlt ihm. Das Orthoform ist also in der Rhino-Laryngologie überall anwendbar, wo es sich um schmerzhafte Eingriffe an ulcerirten Stellen oder um Beseitigung der von den Geschwüren verursachten Schmerzen handelt. So führt F. mehrere Fälle an, in denen bei Caries des Siebbeines die Behandlung erst durch Anwendung des Orthoforms möglich wurde. Besonders gute Dienste thut das Orthoform bei den durch tuberkulöse Kehlkopfgeschwüre verursachten Schluckschmerzen. Hier bekommt man durch Einblasen von Orthoform schon nach wenigen Minuten eine 12—15 Stunden dauernde Anästhesie. Sehr angenehm ist es auch, dass die in solchen Fällen häufig vorhandene Hypersekretion bei Anwendung des Orthoforms schon nach einigen Tagen abnimmt.

Rudolf Heymann (Leipzig).

199. **Therapeutische Mittheilungen**; von Dr. Friedr. Hanszel. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 49. 1898.)

H. berichtet über die Erfahrungen, die mit verschiedenen neuen Mitteln an dem grossen Materiale des Ambulatorium für Hals- und Nasenkranke von O. Chiari gemacht worden sind.

Orthoform erwies sich bei geschwürigen Processen der oberen Luftwege, besonders bei Tuberkulose des Kehlkopfes, als ein sicher und für lange Zeit (5 Stunden) schmerzstillendes, mitunter auch sekretionverminderndes Mittel.

6proc. Jodvasogen wirkt in der Nase zu reizend, dagegen ist es zu Pinselungen bei alten trockenen Katarrhen in Rachen und Kehlkopf und bei syphilitischen Processen der oberen Luftwege mit Ausnahme der Nase zu empfehlen, wenn es auch nicht mehr leistet als Jodglycerin.

Auch das 2proc. Mentholvasogen reizt meist in der Nase, bei hypertrophischen Rachenkatarrhen, besonders bei Pharyngitis lateralis, beseitigt es die unangenehmen Empfindungen, ebenso wirkten Einträufelungen davon bei Tuberkulose der Epiglottis schmerzlindernd.

Das Anesin ist zur Erzeugung der Anästhesie für Operationen ungeeignet, es lindert aber die Schmerzen bei Entzündungen und Ulcerationen im Halse.

Die Emma- und Constantinquelle in Gleichenberg wurden als Gurgelwasser, zu Inhalationen und zum Trinken verwendet. Die Constantinquelle hat fast dieselbe Zusammensetzung wie Emser Kränchen, nur ist sie doppelt so stark, die Emmaquelle ist jod- und bromhaltig. Beide Quellen haben einen sehr günstigen Einfluss auf die erkrankten Schleimhäute der oberen Luftwege. Bei Neigung zu Hämoptoë sind die Inhalationen der stark kohlensäurehaltigen Wässer contraindicirt.

Airol, Xeroform, Traumatol wirken zwar nicht so stark antiseptisch, wie das Jodoform, haben vor ihm aber die Geruchlosigkeit und das völlige Fehlen übler Nebenwirkungen voraus. Das Airol wirkt von den 3 Mitteln am stärksten austrocknend.

Rudolf Heymann (Leipzig).

200. **Les injections rectales de liqueur de Fowler diluée et de cacodylate de sodium**; par J. Renaut. (Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XLI. 22. p. 545. Mai 30. 1899.)

Liquor Fowleri wird, vom Magen aus resorbirt, nur relativ kurze Zeit von den Kranken ertragen. Im Gegensatze dazu kann er als Clysma Monate lang gegeben werden, ohne Reizerscheinungen zu erzeugen. Vollkommen reizlos ist das kakodylsaure Natrium, mit dem hohen As-Gehalte von 46.87%. Kakodylsaures Natrium ist ungiftig; 1.0 der Substanz kann als 1malige Gabe selbst in den Magen gegeben werden. R. verwendet therapeutisch 4.0 Liquor Fowleri auf 60.0 mit Wasser verdünnt und die den gleichen Arsengehalt bietende Lösung von 1.10 Natrium-Kakodylat in 1000.0 Wasser. Davon werden in zwei 10tägigen Perioden täglich 2×5, bez. 3×5 ccm mit Spritze als Clysma gegeben. Darauf folgt eine arsenfreie Periode von 4—5 Tagen, worauf der Turnus von Neuem beginnt. R. hält das Arsen für ein Sparmittel des Körpers und verwendet es demgemäss bei Tuber-

kulose, besonders Frühtuberkulose, bei Diabetes mellitus, Morbus Basedowii, Anaemia splenica und Magencarcinom. Die Wirkung bei Diabetes glaubt B. damit erklären zu können, dass Arsen die Thätigkeit derjenigen Partien des Centralnervensystems einschränkt, deren mechanische Verletzung durch Zuckerstich zur Glykosurie führt. Folgen casuistische Belege. W. Straub (Leipzig).

201. **Action de la caféine et des caféiques sur la nutrition**; par le Prof. Pouchet. (Bull. gén. de Thér. CXXXV. 20. 22; Mai 30, Juin 15. 1898.)

Seit Gasparin seine an den Bergleuten zu Charleroi gemachten Beobachtungen mitgetheilt hat, die trotz ihrer sehr mangelhaften Nahrung unter Genuss von Kaffee angeblich erstaunlicher Arbeitleistung fähig waren, und seit andere Forscher Aehnliches berichtet haben, ist man gewohnt, das *Coffein* und andere ähnliche Mittel, insbesondere die *Coca* als Ersparungmittel für den Körper anzusehen. Gasparin glaubte, solches thun zu dürfen, in Rücksicht darauf, dass Böcker nach *Coffein*-Genuss eine Verminderung der Harnstoffausscheidung durch den Urin gefunden hatte; er hatte jedoch, wie ihm Magendie entgegenhielt, hierbei nicht die Rolle bedacht, die die Fette und Kohlenhydrate beim Stoffwechsel spielen. [So fand Hoppe-Seyler bei einem Hunde, der bei unveränderter Ernährung mit *Coffein* behandelt worden war, eine merkliche Steigerung der Kohlensäure-Ausathmung, also eine Erhöhung des Stoffwechsels, wogegen die Ausscheidung des Harnstoffes *fast unverändert* geblieben war.] Als ein Ersparungmittel ist nur dasjenige anzusehen, das ein in Inanition befindliches Individuum bei sich gleichbleibender oder erhöhter Arbeitleistung in seiner Integrität erhält oder wenigstens die Verluste, denen der Körper unterliegt, sehr merklich einschränken kann. Dies thut aber das Coffein, wie P. näher ausführt, nicht; auch zeigte Charpentier, der zu gleicher Zeit wie Gasparin, die Verhältnisse der Bergarbeiter von Valenciennes studirt hatte, dass Gasparin wichtige andere Faktoren, die er zur Begründung seiner Ansicht hätte in Betracht ziehen sollen, vernachlässigt habe, z. B. die Arbeitpausen, die geleistete Arbeit u. A.; ja d'Abbadie berichtet aus Abyssinien, dass die Muselmänner trotz ihres Kaffeegenusses das Fasten weit weniger vertrügen als die Christen.

Andere suchten die Frage nach der Wirkung des *Coffeins* zunächst auf den Stoffwechsel gleichfalls durch genaue Untersuchung der Harnstoffausscheidung zu lösen; die Ergebnisse waren jedoch so verschieden, ja entgegengesetzt, dass sie einen sicheren Schluss unmöglich machten, oft schon deshalb, weil bei den vergleichenden Versuchen wichtigste Erfordernisse, z. B. gleiche *Form* der Gabe, bez. Nahrung, vernachlässigt worden waren. P. schliesst sich auf Grund seiner an Hunden angestellten Versuche denen an, die dem Coffein jeden besonderen Einfluss auf die Ernährung absprechen.

Nur Eines scheinen sämmtliche Untersuchungen bez. des Einflusses des *Coffeins* auf den Stoffwechsel mit Sicherheit zu ergeben: eine Erhöhung der Kohlensäureausscheidung.

O. Naumann (Leipzig).

202. **Beitrag zur Wirkung der Zuckerarten**; von Prof. Julius von Kóssa. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXV. 6 u. 7. p. 310. 1899.)

An Frosch, Taube, Hahn, Kaninchen, Hund ausgeführte Versuche v. K.'s zeigen, dass der Rohrzucker, subcutan in grösseren Dosen und auch in längere Zeit hindurch gegebenen kleineren Dosen, direkt toxisch wirkt.

Bei Vögeln entwickelten sich Bronchialkatarrh, Diarrhöen, grosse Muskelschwäche, Somnolenz, Incoordination, Polydipsie. Der Stickstoffgehalt des Harnes wurde beträchtlich gesteigert. Es bildeten sich Uratinfarkte der Niere.

Bei Säugethieren fanden sich Hämorrhagien, Albuminurie, Nephritis. Der Gesammtstickstoff des Harnes, sowie Harnstoff und Ammoniak zeigten sich stark vermehrt. Der subcutan beigebrachte Zucker hat somit keine eiweisssparende, sondern eine entgegengesetzte Wirkung.

V. Lehmann (Berlin).

203. **Ueber die Harnsekretion und Glykosurie nach Vergiftung mit Protocurarin und Curarin**; von Dr. K. Morishima. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 1. p. 28. 1899.)

M. experimentirte an Fröschen, deren Harn mit dem Katheter entnommen wurde, mit den von R. Böhm dargestellten reinen Curare-Alkaloiden. Er fand, dass auch bei Anwendung dieser reinen Substanzen die Curareglykosurie eine keineswegs regelmässige Erscheinung ist, die besonders in keinerlei gesetzmässigem Zusammenhange mit dem Glykogengehalte der Leber oder der Muskulatur steht.

Im Anfange der mehrere Tage dauernden Vergiftung ist die Harnsekretion vermindert, während später eine von der eventuellen Zuckerausscheidung unabhängige Polyurie einsetzt. Die Polyurie bleibt aus, wenn die Thiere durch trockene Unterlage an der Wasserresorption durch die Haut gehindert werden. W. Straub (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

204. **Ueber Augenmuskelstörungen.** (Vgl. Jahrbb. CCLXII. p. 18.)

Gust. Ahlström's Beobachtungen (Zur Casuistik der traumatischen Augenmuskellähmungen. Beitr. z. Augenhkde. XXXIV. p. 21. 1898) sind folgende.

I. 25jähr. Magd. Stoss eines Kuhhorns gegen den oberen Rand der linken Augenhöhle. *Paralysis M. recti superioris.* Blindheit des Auges durch Netzhautablösung.

II. 50jähr. Mann. Schrotschuss in's linke Auge. *Paralysis M. recti inferioris.*

III. 30jähr. Mann. Schlag mit einer Eisenkette auf die Stirne. *Paralysis N. oculomotorii dextri.* Abweichen des linken Auges nach aussen oben ohne Lähmung. Heilung.

IV. 11jähr. Knabe. Faustschlag auf das rechte Auge. *Paralysis M. obliqui superioris.* Heilung nach 4 Wochen.

V. 16jähr. Knabe. Stockschlag auf die rechte Kopfseite. *Paralysis M. recti externi dextri.* Heilung nach 4 Wochen.

VI. 23jähr. Mann. Stoss auf die rechte Seite der Stirn. *Paralysis M. recti interni dextri.* Heilung nach 3 Wochen.

VII. 11jähr. Knabe. Vor 2 J. Fall auf dem Eise. *Paralysis N. oculomot. et N. trochlearis links.* Operation.

VIII. Mann. Fall auf den Kopf. *Paralysis M. obliqui superioris.*

IX. 20jähr. Mann. Stockschlag auf das linke Auge. *Paralysis M. recti externi.* Erweiterung der Pupille mit Trägheit und Schwäche der Accommodation. Heilung der Abducenslähmung nach 3 Wochen. Pupille unverändert.

Der Vf. hat aus der Literatur 112 Fälle traumatischer Augenmuskellähmung zusammengestellt; mit den seinigen sind es 121. Darunter kam 73mal Abducenslähmung vor, alle anderen Formen nur ein paar Mal bis 7mal.

S. Klein (Isolirte einseitige traumatische Trochlearislähmung. Wien. klin. Wchnschr. XII. 12. 1899) beobachtete ein 10jähr. Mädchen, das einige Stunden nach einem Falle auf den Hinterkopf Doppeltsehen bekommen hatte, ohne dass weitere Erscheinungen aufgetreten wären. Die Untersuchung ergab Lähmung des linken Trochlearis, sonst nichts.

Der Vf. vermuthet eine Blutung in den Trochleariskern.

O. Oblath (Ein Fall von isolirter Nuclearmuskellähmung. Beitr. z. Augenhkde. XXXVII. p. 27. 1899) sah Lähmung eines Internus bei einem 48jähr. Manne nach Sturz auf den Hinterkopf. Da die Convergenz ziemlich gut von Statten ging, nimmt der Vf. „Nuclearlähmung“ an.

C. Fromaget (Syphilis oculaire grave et précoce, paralysie de la troisième paire et kératite interstitielle. Annal. de la Polyclin. de Bordeaux XI. 4. 1899) beschreibt eine 38jähr. Frau, die angeblich [?] erst seit $1^1/_4$ J. syphilitisch war und bei der über Nacht Oculomotoriuslähmung eingetreten war. Merkwürdigerweise hält der Vf. den Fall für sehr ungewöhnlich und meint, es müsse eine Blutung der Lähmung zu Grunde liegen.

Karplus (Wien. klin. Wchnschr. XII. 10. 1899) hat wieder über einen Fall von *periodischer Oculomotoriuslähmung* berichtet.

Eine 62jähr. Frau, in deren Familie niemand an Migräne gelitten hatte, hatte, soweit ihre Erinnerung ging, immer Anfälle gehabt, die aus rechtseitigem Kopfschmerz mit Erbrechen und rechtseitiger Oculomotoriuslähmung bestanden. Bis zum 20. Jahre waren die Anfälle etwa 1mal im Jahre aufgetreten und hatten 14 Tage gedauert. Seitdem waren sie alle 2—3 Monate wiedergekehrt und hatten immer mehrere Tage gedauert. Während der Schwangerschaften (11) waren sie ausgeblieben. Ein besonders schlimmer Anfall war nach der 2. Entbindung aufgetreten: heftigster Kopfschmerz mit Erbrechen durch viele Tage, dann Monate lang Doppeltsehen. Seitdem auch zwischen den Anfällen etwas Ptosis.

K. betont, dass die periodische Oculomotoriuslähmung von der Migräne ganz zu trennen sei, dass sie auf Veränderungen an der Gehirnbasis bezogen werden müsse.

E. A. Homén (Deux cas d'ophthalmoplégie externe chez deux frères jumeaux. Revue neurol. VII. 6. 1899) hat bei Zwillingsbrüdern im 17. Lebensjahre die einfache Ophthalmoplegia exterior auftreten sehen, eine werthvolle Beobachtung, die den Zweiflern es endlich klar machen sollte, dass die angeborenen und die in der Kindheit entstehenden einfachen Augenmuskellähmungen Eines Wesens sind.

Die Eltern (Bauern) und die Geschwister waren gesund.

I. Bei dem einen Bruder waren im 17. Jahre die oberen Lider herabgesunken und erst 2 oder 3 Jahre später hatte der Pat. bemerkt, dass ihm das Drehen der Augen schwer wurde. Im Uebrigen fehlte ihm gar nichts.

Starke Ptosis, die Augäpfel bis auf ganz kleine Bewegungen unbeweglich, Iris und Accommodation normal. Starrheit der Gesichtszüge. Der Pat. war anämisch, äusserst ungeschickt, nur die Unterlippe konnte er besser bewegen. Die elektrische Erregbarkeit war vermindert.

II. Auch beim anderen Bruder hatte sich das Augenleiden erst im 17. Jahre bemerklich gemacht. Es war nicht ganz so stark entwickelt, insbesondere war die Schwäche der Gesichtsmuskeln weniger deutlich.

In dem Falle E. Ausset's (Sur un cas d'ophthalmoplégie nucléaire progressive. Echo méd. du Nord III. 21. 1899) handelte es sich um ein 7jähr. Mädchen unbekannter Herkunft, das seit $^1/_2$ Jahre schielte und rechts halb gelähmt war. Im Anfange hatten heftige Kopfschmerzen bestanden.

Man fand: links vollständige Oculomotoriuslähmung, aber ohne vollständige Lähmung des Sphincter iridis, rechts Parese des Oculomotorius, des unteren Facialis, der Zunge, der Glieder, Steigerung der Sehnenreflexe; Dysarthrie; beginnende Neuritis N. optici.

Natürlich lag wahrscheinlich ein Tuberkel oder ein Gliom der Wurzelgegend vor. Der Vf. hält das selbst für wahrscheinlich, dann ist aber sein Titel unpassend, denn, wenn eine Neubildung zufällig die Wurzeln der Augenmuskelnerven trifft, sprechen wir nicht schlechtweg von progressiver Kernlähmung.

H. Wilbrand behauptet wieder, dass es eine schlaffe *hysterische Ptosis* als wirkliche Lähmung gebe (Ueber schlaffe hysterische Ptosis. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 172. 1899).

Bei einem 16jähr. hysterischen Mädchen hing das linke obere Lid ganz herunter, so dass das Auge verschlossen war, das rechte Lid hing soweit herunter, dass ein Spalt zum Sehen blieb. Oeffnete man das linke Auge, so war die Pupille nach oben innen gewandt und die Kr. konnte das Auge nicht bewegen. Sah sie aber mit dem rechten Auge, so machte das linke (hinter dem Lide) alle Bewegungen mit. Beim Sehen contrahirte sich der rechte Frontalis und hob das Lid etwas.

Die Ptosis schwand rasch durch Suggestion.

Dass es sich um eine „Lähmung“ handelte, schliesst W. aus der einseitigen Thätigkeit des Frontalis.

W. hat bei einem 20jähr. hysterischen Mädchen auch ein nur rechtseitiges Herabhängen des oberen Lides beobachtet. Er spricht dabei von Proptosis, darunter aber versteht man doch gewöhnlich Exophthalmus?

Ueber einen *„anatomischen Befund bei einseitiger Oculomotoriuslähmung im Verlaufe von progressiver Paralyse“* berichten O. Juliusburger und L. Kaplan (Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 11. 1899).

Die mit 51 Jahren verstorbene Kr. hatte 5 Jahre lang rechtseitige Oculomotoriuslähmung gehabt. Daneben doppelseitige totale Pupillenstarre.

Der Edinger-Westphal'sche Kern sah rechts aus wie links. Der eigentliche Oculomotoriuskern war im vorderen Theile rechts stärker betroffen, jedoch schien auch die linke Seite nicht ganz normal zu sein. Die Lateralzellen waren auf der Seite der atrophischen Wurzeln fast ganz geschwunden, auf der anderen gut erhalten. Der mittlere Theil des Kerns war besser erhalten, als die dorsalen und ventralen Schichten. Der hintere Theil des Kerns war stark atrophisch auf der Seite der Lähmung, doch waren auch hier einzelne Zellen erhalten.

L. Bach (Weitere vergleichend anatomische und experimentelle Untersuchungen über die Augenmuskelkerne. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Gesellsch. in Würzburg Nr. 5. 1899) hat den Hirnstamm eines alten Mannes untersucht, der vor vielen Jahren das linke Auge verloren hatte. Die Edinger-Westphal'schen Kerne waren auf beiden Seiten gleich, der Kern Perlia's war normal. Die Untersuchung der seitlichen Hauptkerne ergab wieder keine anatomische Gliederung in Einzelkerne. Ferner hat B. den Sehnerven eines Paralytischen mit reflektorischer Pupillenstarre, aber normalem Sehvermögen untersucht und normal gefunden. Die übrigen Angaben beziehen sich auf Thiergehirne. Die Folgerungen B.'s gehen dahin, dass die von anderen Autoren beschriebene Gliederung nicht existirt, dass der Edinger-Westphal'sche Kern nicht der Sphincter-Kern ist, dass die partielle Kreuzung der Oculomotoriusfasern sicher ist, dass keine direkte Verbindung zwischen Opticus und Oculomotoriuskern besteht.

Liebrecht (Ueber das Wesen der Pupillenerscheinungen und ihre diagnostische Bedeutung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25. 1899) giebt ein neues *„Schema für die Pupillenbewegung“* und erörtert die in Betracht kommenden Verhältnisse mit besonderer Berücksichtigung der Einrichtungen zur Pupillenerweiterung. Natürlich ist Manches unsicher. Hervorzuheben ist, dass auch L. von der hemianopischen Pupillenreaktion nichts wissen will. Auf das Einzelne in pathologischer und diagnostischer Beziehung einzugehen, ist nicht möglich.

J. A. Hirschl (Ueber die sympathische Pupillenreaktion und die paradoxe Lichtreaktion der Pupillen bei der progressiven Paralyse. Wien. klin. Wchnschr. XII. 22. 1899) hat in Krafft-Ebing's Klinik die Pupillen der Paralytischen untersucht und hat dabei gefunden, dass bei reflektorischer Pupillenstarre die Erweiterung durch Hautreize fast immer fehlt. Der Verlust dieser „sympathischen Reaktion“ scheint dem der Lichtreaktion vorauszugehen, er wird zuweilen ohne diesen gefunden und dieser folgt nach. In mehreren Fällen wurden bei der anatomischen Untersuchung der Kranken, die starre Pupillen gehabt hatten, degenerative Veränderungen des Halssympathicus gefunden. In den Leichen der Paralytischen, deren Pupillen sich bei Hautreizen erweitert hatten, obwohl sie lichtstarr waren, schien der Sympathicus normal zu sein. Die sogen. paradoxe Lichtreaktion tritt ein, wenn bei Lichtstarre die sympathische Reaktion erhalten ist, oder wenn Divergenzbewegungen bei der Prüfung auftreten. In jenem Falle soll die Wärme der Lichtquelle die Erweiterung bewirken.

J. Piltz (Weitere Mittheilungen über Vorstellungsreflexe der Pupillen. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 11. 1899) ist auf Grund von Versuchen an Gesunden zu der Ueberzeugung gekommen, dass es „psychisch bedingte, associative Pupillenbewegungen“ giebt, und zwar als A. Wirkung der Lenkung der Aufmerksamkeit auf helle oder dunkle, seitlich von der Blickrichtung befindliche Gegenstände (Hirnrindenreflexe, Aufmerksamkeitreflexe) und als B. Wirkung von blossen Vorstellungen (Vorstellungsreflexe). Zu A. gehören 1) Verengerung der Pupillen bei Lenkung der Aufmerksamkeit auf ein seitliches helles Ding, 2) Erweiterung der Pupillen bei Aufmerken auf ein seitliches dunkles Ding. Zu B. gehören 3) Verengerung der Pupillen bei einer Lichtvorstellung, 4) Erweiterung der Pupillen bei der Vorstellung von etwas Dunklem.

Giovanni Mingazzini (Ueber das Lidphänomen der Pupille. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 11. 1899) weist darauf hin, dass die Verengerung der Pupillen beim Zukneifen der Augen schon 1887 von Galani beobachtet und beschrieben worden ist. Auch Galani's einer Patient war ein Tabeskranker, der andere litt an peripherischer Oculomotoriuslähmung. Möbius.

205. **Ein Fall von angeborener einseitiger Facialislähmung**; von Dr. Nonne. (Mittheil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. II. 2. p. 73. 1899.)

Das Kind war von gesunden Eltern, war nach normaler Schwangerschaft rechtzeitig ohne Kunsthülfe in Schädellage geboren worden. Gleich beim ersten Schreien hatten die Eltern bemerkt, dass das Gesicht nach der linken Seite verzogen, die rechte Seite nicht bewegt wurde.

W. fand an dem 22 Monate alten Kinde eine vollständige Lähmung der rechten Gesichtshälfte. Durch elektrische Ströme konnte vom rechten Facialis aus nur der rechte Mundwinkel ein wenig nach abwärts gezogen werden.

Anderweitige Störungen bestanden nicht. Nur war das Kind sehr unruhig.

Der Vf. bemerkt mit Recht, dass dies der erste „reine“ Fall von angeborener, auf den Facialis beschränkter Lähmung sei. Er betont, dass hier, wie in den ähnlichen Fällen, die den Mundwinkel

abwärts ziehenden Muskeln in gewissem Grade verschont geblieben sind, und glaubt, dass auch dieser Umstand für eine Läsion des Kernes spreche.

Möbius.

206. **A report of thirteen cases showing partial reversal in the visual fields**; by Dr. M. Zimmermann, Philadelphia. (Univers. med. Mag. XI. 9. p. 516. June 1899.)

Drei Formen von Gesichtsfeldstörungen werden als charakteristisch für Hysterie angegeben: allgemeine Einengung, besonders für Weiss; ringförmiges, an irgend einer Stelle zwischen Centrum und Peripherie gelegenes Skotom; und vollständige oder unvollständige Verschiebung der einzelnen Farbengrenzen. Z. führt 13 kurze Krankengeschichten mit den Abbildungen der Gesichtsfelder an. Skotome oder vollständige Verschiebungen der Farbengrenzen sind nicht darunter. Z. ist der Ansicht, dass mässige Gesichtsfeldeinengung allein nicht beweisend für Hysterie sei, sondern nur auffallend starke Einengung für Weiss, und vollständige oder dauernd unvollständige stärkere Verschiebung der einzelnen Farbengrenzen, selbstverständlich, wenn kein organisches Leiden als Ursache zu finden ist. Lamhofer (Leipzig).

207. **Zur Casuistik der einseitigen homonymen Hemianopsie cortikalen Ursprungs, mit eigenartigen Störungen in den sehenden Gesichtsfeldhälften**; von Dr. Gelpke in Karlsruhe. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 116. 1899.)

Ein italienischer Arbeiter fiel vom Schnürboden des Theaters in den Bühnenraum und schlug mit dem Hinterkopfe auf eiserne Schienen auf. Dreitägige Bewusstlosigkeit; Zertrümmerung des Schädeldaches, Austritt von Gehirnmassen; freiliegende Dura zerfetzt; der zerquetschte untere Theil des linken Occipitallappens in einen graurothen Brei verwandelt; Verband nach Unterbindung des hinteren Astes der Art. mening. media. Am 4. Tage Prolaps von zum Theil nekrotisirten Gehirnmassen. Am 6. Tage Temperatur 40°. Am 7. Tage Zuckungen im Facialisgebiet, im rechten Arm und Bein; Sinken des Pulses; starker Prolaps des Gehirns. Der Arzt (Prof. v. Beck) ging mit dem Finger durch die nekrotischen Hirnmassen in das Hinterhorn des linken Seitenventrikels und entleerte durch ein Drainrohr etwa 100 ccm gelblich getrübter, Leukocyten und Staphylokokken enthaltender Cerebrospinalflüssigkeit. Besserung. Am 17. Tage wieder Fieber, Verstopfung des Drainrohrs. Nach Abfluss von 50 ccm Flüssigkeit Allgemeinbefinden normal. Die Schädelwunde schloss sich allmählich und der Kr. erholte sich wieder. Nur blieben bei gut erhaltenem Intellekt eine bedeutende Schwächung der Erinnerung, eine Störung der Orientirfähigkeit und Hemianopsie zurück.

Augenuntersuchung: Rechtseitige vollständige und linkseitige unvollständige Halbblindheit. Die Grenzen für den Lichtsinn zeigten in den linken Gesichtsfeldhälften eine Einengung nur mässigen, die für den Formensinn dagegen ganz bedeutenden Grades. Die Halbblindheit schnitt scharf mit dem vertikalen Meridiane ab, liess aber den Fixirpunkt frei.

Die rechtseitige Hemianopsie findet ihre Erklärung in der Zerstörung des Cuneus und der benachbarten Theile der Fissura calcarina.

Das Verhalten der linken Gesichtsfelder ist entweder durch eine funktionelle Schwäche des Sehcentrum (durch Fernwirkung) im rechten Cuneus, oder durch materielle Veränderungen der rechten Occipitalrinde (Blutung) zu erklären.

Die amnestische Farbenblindheit oder besser: die motorische Alexie für Farben ist bedingt durch eine Leitungsunterbrechung zwischen dem Sehcentrum und dem Sprachcentrum (I. linke Schläfenwindung) in Folge des Splitterbruches.

Die Orientirungstörung erklärt G. nach Peters: Nicht die Rinde oder das Marklager des Hinterhauptlappens ist der Sitz des Orientirungcentrum, sondern die Orientirung wird durch Associationfasern vermittelt, die in der Gegend der Commissur, nahe der Mittellinie verlaufen und die gewonnenen Seheindrücke in das Vorderhirn zur Perception leiten. Bei dem Kr. waren aber Rinde und Marklager des Hinterhauptlappens, sowie auch durch die Drainage die tieferen Theile des linken Seitenventrikels verletzt. Lamhofer (Leipzig).

208. **Ueber den Herpes zoster ophthalmicus**; von Dr. R. D. Cohn in San Francisco. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 148. 1899.)

Der klinischen Studie über Herpes zoster ophthalmicus von C. liegt eine grössere Anzahl von Beobachtungen dieser Krankheit aus der Klinik von Prof. Fuchs in Wien zu Grunde. Einzelne seltene Abweichungen von dem bekannten typischen Bilde sind besonders hervorgehoben.

Symptome: Blasenförmige Erkrankung der Haut im Verlaufe der Trigeminusäste (meist des ersten), mit späterer bis in das Corium dringender Geschwürsbildung im Gegensatze zu den nur das Epithel abhebenden Bläschen bei Herpes febrilis. Bleibende Narben, besonders ausgeprägt bei der hämorrhagischen Form; Beschränktsein auf eine Seite mit Anästhesie der Haut. Sehr häufig Neuralgie, Temperaturerhöhung der Haut, Entzündung und Spannungsverminderung des Augapfels.

Aetiologie: Erkältungen, Traumen, Vergiftungen; sehr selten centrale Ursache. C. führt zwei Krankengeschichten an, nach denen ein längerer Gebrauch von Arsen Ursache des Herpes war, und eine Krankengeschichte, nach der ein 36jähr. Mann nach Schreck nicht nur einmal, sondern wiederholt an Herpes zoster erkrankte. Die meisten Autoren nehmen an, dass Herpes zoster nicht recidivire. Ein 51jähr. Kr., der im Schlafe längere Zeit starkem Rauche ausgesetzt war, erkrankte an Herpes zoster im Gebiete des II. Astes; dazu gesellte sich eine Erkrankung des vorderen Augenabschnittes, obwohl kein Zweig des I. Astes, geschweige denn der Ramus naso-ciliaris ergriffen war. Bisher galt das Hutchinson'sche Gesetz, dass der Augapfel nur dann bei Herpes zoster erkranke, wenn die Nase an derselben Seite ergriffen sei. Fälle von doppelseitigem Auftreten des Herpes zoster erwähnt C. nach der Literatur, sie sind sehr selten.

Complikationen: Erkrankungen des Augapfels von der Hornhaut bis zum Sehnerven, Augenmuskellähmungen (meist unvollständige), sympathische Ophthalmie, Keratitis neuroparalytica. Für diese Complikationen führt C. wieder mehrere Krankengeschichten nach seiner eigenen Beobachtung (bez. durch Prof. Fuchs) und aus der Literatur an.

Ulcus serpens ist selten unter den Complikationen, ebenso die Keratitis neuroparalytica, obgleich die Erkrankung des Ganglion Gasseri oder des I. Trigeminusastes Zoster und Keratitis neuroparalytica zu bedingen vermag.

[Der Ref. beobachtete in den letzten Wochen einen typischen Herpes zoster bei einem 61jähr. Herren, der nach mehrere Tage vorhergegangenen „unbestimmten Schmerzen um das Auge" auftrat, zu vielen Geschwüren der rechten Stirne und Kopfseite, flacheren Geschwüren des rechten oberen und zum Theil auch des unteren Lides, und *der rechten Nasenseite bis zur Nasenspitze führte, ohne dass die Hornhaut u. s. w. erkrankte.* Gleich in den ersten Tagen trat Lähmung des M. rect. int., etwas später des M. rect. sup. mit Doppelbildern und Ptosis auf. Die Lähmungen und die ganze Krankheit waren nach circa 5 Wochen verschwunden.] Lamhofer (Leipzig).

209. **Some uncertainties in the diagnosis of cerebral tumour**; by E. S. Reynolds. (Brit. med. Journ. Febr. 11. 1899.)

R. bespricht in etwas sehr summarischer Weise die Unsicherheiten, die bei der Diagnose eines Hirntumor obwalten. Zuerst die Krankheiten, bei denen man irrthümlich einen Tumor annehmen kann; er führt hier auf: Chlorose mit Neuritis N. optici, Urämie, Bleivergiftung, Hysterie, Reflexepilepsie, ferner Fälle (z. B. von Jackson'scher Epilepsie), in denen man lange an Tumor denkt, die aber zur Heilung kommen, Syphilis, Meningitis, Polioencephalitis, besonders wenn sie den Hirnstamm betrifft. Er sagt nichts vom chronischen Hydrocephalus und von der multiplen Sklerose, die so oft mit Hirntumor verwechselt sind; auch ist es nicht richtig, dass die ophthalmoskopischen Erscheinungen bei Urämie immer andere sind, als bei Tumor. Dann kommen Hirntumorfälle, die andere Krankheiten vortäuschen; auch da kommen Hysterie, Reflexepilepsie in Betracht; bei Hirntumor und Ohreiterung stellt man leicht die falsche Diagnose Abscess; bei scheinbarer seniler Demenz und schlechter Anamnese [und mangelhafter Untersuchung, *Ref.*] kann ein Tumor übersehen werden. Noch vielmehr Irrthümer kommen bei der Lokaldiagnose vor; hier erwähnt R. besonders subcortikalen statt cortikalen Sitz; Verwechslung von Tumoren der Centralwindungen mit solchen der Nachbarschaft; Verwechselung von Stirnhirn- und Kleinhirntumoren. Auch das Vorkommen gleichseitiger Krämpfe bei Tumoren der Dura-mater wird hervorgehoben. Am schwierigsten ist schliesslich die Diagnose der Art eines Tumor, besonders die Unterscheidung von Gliomen und Sarkomen. L. Bruns (Hannover).

210. **Zur genaueren Lokalisation der Kleinhirntumoren und ihrer Differentialdiagnose gegenüber chronischem acquirirten Hydrocephalus internus**; von R. Schmidt. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 51. 1898.)

Schm. hat in 2 Fällen von Kleinhirnhemisphärentumoren beobachtet, dass die Kranken constant auf der Seite des Tumor lagen, offenbar weil, wenn sie sich auf die andere Seite legten, Erbrechen und Schwindel eintraten. In beiden Fällen wiesen die Symptome im Uebrigen auf das Kleinhirn hin.

Schm. will dem Symptome grosse diagnostische Bedeutung beilegen. Es entscheide zunächst in der oft schwierigen Differentialdiagnose zwischen Hydrocephalus und Kleinhirntumor für letzteren, da es nur bei unsymmetrischen Affektionen vorkommen kann. Zweitens weise es ohne Weiteres auf die hintere Schädelgrube hin; es sei ein Nachbarschaftsymptom vom Aquaeductus Sylvii, durch dessen Verschluss bei Lage auf der dem Tumor gegenüber liegenden Seite die vermehrten Kopfschmerzen u. s. w. eintreten; handele es sich nach den obigen Symptomen um einen Kleinhirntumor, so könne man drittens diesen danach in die Hemisphäre der Seite verlegen, auf der der Kranke liege. Die Annahmen 1. und 2. mögen richtig sein; auch für die Annahme 3. hat *Ref.* einen sie stützenden Fall gesehen (Tuberkel der linken Kleinhirnhemisphäre, constante Lage auf der linken Seite). Mitchell Clark hat aber im Brain, Autumn 1898 einen Fall von Kleinhirnhemisphärentumor beschrieben, in dem der Kranke gerade umgekehrt, auf der gesunden Seite lag. Ebenso wie ein Druck auf die Medulla oblongata, kann auch einmal eine Zerrung oder Verschiebung derselben den Aquaeductus Sylvii verschliessen und das kann ein Tumor gerade bewirken, wenn der Kranke auf seiner Seite liegt. So wäre also in dieser letzten Beziehung (Kleinhirnhemisphärendiagnose) Schm.'s Beobachtung nur mit Vorsicht zu verwenden. L. Bruns (Hannover).

211. **Cerebellar tumor**; by Archibald Church. (Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 2. p. 135. Febr. 1899.)

Der Fall von Ch. zeichnet sich dadurch aus, dass der Tumor deutlich einen Schatten bei der Durchleuchtung mit X-Strahlen auf der Platte erkennen liess. Diese Erscheinung kam nach Ch.'s Ansicht dadurch zu Stande, dass die Geschwulst stark vaskularisirt war und auch einige ältere und frischere Blutergüsse enthielt. Im Uebrigen waren die Symptome die bei Kleinhirntumoren gewöhnlichen. 12jähr. Knabe, Beginn mit Kopfschmerzen und Anfällen von Erbrechen, besonders frühmorgens. Schwankender Gang; tonische Krämpfe des ganzen Körpers; Stauungspapille; leichte Augenmuskelstörungen. Die rechten Extremitäten etwas schwächer als die linken. Erhebliche Besserung unter Jodkalium; dann plötzlicher Tod. L. Bruns (Hannover).

212. **Tubercule primitif de la moelle; méningite tuberculeuse sécondaire; tuberculose concomitante des ganglions bronchiques, de la plèvre, du poumon, du foie, de la rate et du rein droit**; par les Drs. Aniel et Rabot. (Lyon méd. LXXXVIII. p. 605. Août 1898.)

Bei einem 9 Monate alten, gesund geborenen Kinde hatte sich eine Lähmung des linken Beines mit Muskelatrophie, Fixation in Beugestellung und Fehlen der Sehnenreflexe eingestellt. Später ging das Kind an deutlichen Symptomen einer cerebrospinalen Meningitis zu

Grunde. Bei der *Sektion* fand sich tuberkulöse Meningitis und ein scharf umschriebener Solitärtuberkel in der linken Hälfte der Lendenanschwellung. A. u. R. sind nach anatomischem Befunde und klinischem Verlaufe der Ansicht, dass in diesem Falle der intramedulläre Tuberkel der primäre Tuberkelherd war.

L. Bruns (Hannover).

213. **Myxosarcoma cysticum der Dura mater spinalis**; von Dr. Georg Strube. (Charité-Annalen XXIII. p. 270. 1898.)

Bei einem sicher früher syphilitischen 58jähr. Manne hatte sich aus voller Gesundheit ziemlich rasch eine spastische Paraplegie entwickelt. Vorher hatten niemals Schmerzen bestanden. Die Sehnenreflexe waren zuerst enorm erhöht; es bestanden auch Blasen- und Mastdarmsymptome; die Sensibilität war bis zum Nabel gestört, aber unvollkommen; z. B. war das Schmerzgefühl „am Fuss" erhalten. Allmählich wurden die spastischen Erscheinungen geringer, besonders rechts; zuletzt fehlten rechts Patella- und Achillessehnenreflex; auch der Fusssohlenreflex war rechts schwächer als links; die Anästhesie wurde dabei immer ausgeprägter; allerdings nur die taktile. An Decubitus und Pneumonie ging der Pat. zu Grunde. Es fand sich zwischen 6. und 7. Dorsalnerven rechts intradural ein mit der Dura fest, mit der Pia kaum zusammenhängender haselnussgrosser cystischer Körper — ein *Myxosarcoma cysticum* der Dura-mater.

Es war die Diagnose syphilitische Meningomyelitis gestellt. An Tumor war wegen des Fehlens irgend welcher typischer, namentlich initialer Symptome nicht gedacht worden. Dass Wurzelsymptome fehlten, erklärte sich daraus, dass der Tumor *gerade zwischen 2 Wurzeln* sass und keine berührte. Aber auch Halbseitenläsion war nicht beobachtet worden, allerdings waren alle Symptome rechts stärker; die Rückenmarksymptome waren ziemlich akut aus vollem Wohlbefinden entstanden. Interessant ist, dass die allerdings unvollkommene Anästhesie nur bis zur Nabelhöhe, 9., bez. 10. Dorsalsegment, reichte, der Tumor aber zwischen 6. und 7. Wurzel sass; bei einer etwaigen Operation hätte man ohne Rücksichtnahme auf Sherrington's und des *Ref.* Angaben auch hier wohl wieder zu tief operirt. Dass Str. die Leitungsunterbrechung im Dorsalmarke bei Aufnahme des Pat. in die Klinik eine totale nennt, ist wohl nicht berechtigt [s. o.]. L. Bruns (Hannover).

214. **A case of syringomyelia**; by J. Carslaw. (Brit. med. Journ. Dec. 31. 1898.)

Der Fall ist nur klinisch beobachtet. Interessant ist, dass, nachdem schon Muskelatrophie am linken Arme bestanden hatte, plötzlich unter Bewusstseinstörung eine totale Paraplegie aller 4 Extremitäten auftrat, die grösstentheils wieder zurückging. C. meint, dass es sich um eine Blutung in den Tumor gehandelt habe. Im Uebrigen waren die Symptome die gewöhnlichen.

L. Bruns (Hannover).

215. **The pathological changes in a case of chronic syphilitic spinal paralysis**; by R. T. Williamson. (Brit. med. Journ. Dec. 31. 1899.)

Es handelte sich klinisch um einen Fall sogenannter Erb'scher syphilitischer Spinalparalyse. 27jähr. Mann; war früher inficirt. Zuerst Blasenstörungen, musste sich katheterisiren; dann Schwäche der Beine mit erhöhten Sehnenreflexen. Keine Anästhesie, keine Pupillenstörungen. Später Schmerzen im Rücken, fast volle Paraplegie; erhöhte Reflexe. Am rechten Beine und am Abdomen auch Dysästhesie. Eiter im Urin. Grosse Besserung bei einfacher Bettruhe. Tod an den Folgen der Cystitis. Es fanden sich syphilitische Endarteriitis und hyaline Degeneration der Gefässe in den Meningen und im Rückenmarke selbst; leichte Meningitis; gummöse, von den Meningen ausgehende Infiltration des rechten Vorderseitenstranges in der oberen Dorsalregion; Sklerose der Peripherie des Markes an den Seitensträngen in der ganzen Dorsalregion; Sklerose in den mittleren Partien der Hinterstränge im oberen Dorsaltheile und unregelmässige Flecke, z. Th. echt gummöser Natur in der unteren Dorsalregion; absteigende Degeneration in den Pyramidenseitensträngen im Lumbalmarke, aufsteigende in den Goll'schen Strängen im oberen Halsmarke.

L. Bruns (Hannover).

216. **A case of cerebrospinal meningitis treated by laminectomy and incision of the dura mater in the dorsal region; drainage, recovery, remarks**; by Rolleston and Allingham. (Lancet Jan. 18. 1899.)

R. u. A. haben in einem klinisch wohl sicheren Falle von Cerebrospinalmeningitis eine Laminektomie an dem 7. und 8. Dorsalwirbelbogen gemacht, die Dura aufgeschnitten und drainirt. Es trat Heilung ein, nur blieb der Pat. taub. Der Ausfluss war nicht eitrig und enthielt keine Diplokokken. R. u. A. halten das Verfahren für gerechtfertigt, da die Lumbalpunktion allein nicht immer ausreicht. L. Bruns (Hannover).

217. **De la myélite traumatique dorsale, avec suppression des réflexes rotuliens par fracture de colonne vertébrale**; par R. Cestan. (Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 261. Mars 1899.)

C. beschreibt folgenden Fall. 45jähr. Mann. Bruch der Wirbelsäule in der Höhe des 8. [soll wohl heissen 7. *Ref.*] Halswirbels. Totale schlaffe Lähmung der Beine; die Sehnen- und Hautreflexe verschwunden, der Analreflex erhalten. Halberektion. Anästhesie am Rumpfe bis über die Brustwarze; ferner an der Innenseite von Arm und Hand; Lähmung des Adductor pollicis und Myosis an der linken Seite. Dieser Zustand blieb 8 Tage derselbe; dann trat der Tod ein.

C. stellte die Diagnose einer totalen Zerquetschung in der Höhe des 3. Dorsalsegmentes und von Wurzelläsionen darüber an den unteren Cervikalwurzeln an der linken Seite. Die Diagnose fand sich bestätigt; von Wurzeln waren die 7. und 8. cervikale leicht verletzt. Im Lendenmarke waren die Vorderhornganglien nach Nissl intakt; nach Marchi fanden sich hier auch keine Wurzeldegenerationen. Interessant ist hier die Combination von Wurzel- und Markläsionen; ferner das Eintreten von Miosis durch Läsion der 7. und 8. cervikalen Wurzel, bei Freibleiben der 1. dorsalen [*Ref.*]. Der Fall stimmt mit den Angaben von Bastian; ebenso wie 2 andere, die C. nur klinisch beobachtete.

L. Bruns (Hannover).

218. **Head-nodding and head-rotation usually associated with nystagmus in very young children**; by Charles J. Aldrich. (Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 2. p. 158. Febr. 1899.)

A. beschreibt einige Fälle von rhythmischen Bewegungen des Kopfes mit gleichzeitigem Nystagmus bei kleinen Kindern. Meist handelt es sich um einfache Drehbewegungen (tic rotatoire) des Kopfes und horizontalen Nystagmus. Seltener sind rotirende Bewegungen mit Nystagmus in senkrechten Ebenen oder Nystagmus rotatorius. Der Zusammenhang dieses Leidens mit Rhachitis wird anerkannt. Die Prognose ist gut. Die Pathogenese des Leidens ist noch dunkel; *Ref.* hat früher darauf hingewiesen, dass die combinirten Augen- und Kopfbewegungen vielleicht auf eine Reizung des gemeinsamen Centrum dieser Bewegungen im Fusse der 2. Stirnwindung hindeuten.

L. Bruns (Hannover).

219. **Recherche sur l'atrophie musculaire et la contracture dans l'hémiplégie organique**; par G. Marinesco. (Semaine méd. XVIII. 58. 1898.)

Bei der organischen Hemiplegie bildet eine Muskelatrophie der gelähmten Glieder nicht eine Ausnahme, sondern einen constanten Befund; sie wechselt nur in Grad und Ausdehnung. Am Arme betrifft sie besonders die kleinen Handmuskeln, alle Muskeln des Vorderarmes, an der Schulter den Deltoideus und Pectoralis major. Am Beine ist sie weniger deutlich. Es handelt sich um eine degenerative Atrophie mit Vermehrung der Sarkolemmkerne, Schwellung und Nekrose der Muskelfasern, Vermehrung des Bindegewebes. Nur in seltenen Fällen zeigt sich ein positiver Befund an den peripherischen Nerven und den Vorderhornzellen. M. glaubt, die Muskelatrophie bei hemiplegischen Lähmungen sei hervorgerufen durch Störungen der Blutcirkulation, die wieder eine Folge von Läsion vasomotorischer Centren oder Bahnen seien; die seltenen Befunde am Nervensystem hält er für sekundäre (retrograde).

In Bezug auf die hemiplegischen Contrakturen steht M. so ziemlich auf Mann's Standpunkte; die Beugecontraktur der Arme und die Streckcontraktur der Beine kommt dadurch zu Stande, dass die die Beugung, bez. Streckung bewirkenden Muskeln erhalten, die Antagonisten gelähmt sind. Da nur die nicht gelähmten Muskeln contrakturirt sind, kann unmöglich die Contraktur durch den Wegfall der Pyramidenbahnen entstehen. Modificirend können auf die Contraktur Muskelatrophieen und Feststellung der Gelenke wegen Schmerzen bei ihrer Bewegung wirken.

L. Bruns (Hannover).

220. **Ueber Muskelschwund.**

1) *Progressive spinale Muskelatrophieen.* Zusammenfassendes Referat über die seit 1893 erschienenen Arbeiten; von Dr. W. Goebel. (Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. III. 5. p. 419. 1898.)

2) *Tremblement héréditaire et atrophie musculaire tardive chez un malade porteur d'un foyer ancien de paralysie infantile;* par R. Cestan. (Progrès méd. 3. S. IX. 1. p. 1. 1899.)

3) *Ein Fall von Muskelpseudohypertrophie;* von J. Donath. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 37. 1898.)

4) *Sur un cas de myopathie pseudohypertrophique;* par A. Pitres. (Gaz. hebd. XLVI. 3. p. 25. 1899.)

Goebel (1) kommt am Schlusse seines kritischen Sammelreferates über die seit 1893 über die *progressive spinale Muskelatrophie*, auch ihre familiale Form, über die chronische Poliomyelitis anterior, über die amyotrophische Lateralsklerose und über die progressive Bulbärparalyse erschienenen Arbeiten zu folgenden Thesen: Es giebt eine spinale Form der progressiven Muskelatrophie; der anatomische Muskelbefund ist aber dabei nicht charakteristisch. Gewisse chronische Poliomyelitiden stehen ihr anatomisch gleich; es bestehen nur klinische Unterschiede zwischen beiden Formen. Die spinale progressive Muskelatrophie kann familial auftreten (Typus Werdnig-Hoffmann; frühinfantile, spinale, progressive Muskelatrophie); ebenso giebt es eine infantile hereditäre Bulbärparalyse (Fazio, Londe). Die amyotrophische Lateralsklerose ist eine Systemerkrankung beider motorischen Neurone; die Sklerose der Pyramidenbahnen bei ihr ist nicht von der Erkrankung der Vorderhornzellen abhängig, sondern ihr gleichwerthig. Nur die Erkrankung der Vorderstrangsgrundbündel als kurzer Commissurenbahnen ist von der Vorderhornganglienerkrankung abhängig. Die Ursachen der spinalen Muskelatrophieen sind endogene; exogene Einflüsse können den Verlauf beschleunigen.

Cestan (2) bringt einen klinisch und anatomisch gut untersuchten Fall. Bei seinem Kr. bestanden hereditärer Tremor und Paramyoclonus mit Epilepsie. In früher Jugend hatte sich plötzlich eine Lähmung am rechten Fusse eingestellt, die zu Pes equinovarus geführt hatte; gegen das Lebensende trat progressive Schwäche der Muskeln des linken Unterschenkels, ebenfalls mit Equinusstellung ein. Es fand sich ein alter poliomyelitischer Herd in dem Vorderhorne der rechten Lendenanschwellung; ein frischerer in derselben Höhe links.

Donath (3) und Pitres (4) bringen 2 Fälle von Pseudohypertrophie. In D.'s Falle fand sich in einzelnen Muskeln Entartungsreaktion; in dem von P. begann die Krankheit erst im 10. Jahre. Sonst sind beide Fälle ohne Besonderheiten.

L. Bruns (Hannover).

221. **Un caso di epilessia Jacksoniana.** *Contributo allo studio della localizzazione del centro corticale del facciale superiore;* per B. Silva. (Policlinico V. 17. p. 393. 1898.)

S.'s Beobachtung gehört zu den einwandfreien Fällen, die dem Thierversuche gleichkommen und für die Bestimmung der Lage eines Rindencentrum wirklich brauchbar sind.

Ein 74jähr., im Uebrigen ganz gesunder Mann litt seit dem 50. Lebensjahre an tonisch-klonischen Krämpfen, die nur das Gesicht befielen und anfangs sehr

häufig, sogar alle 4—5 Minuten, allmählich viel seltener, nur alle 1—2 Monate, und besonders nach Ueberanstrengungen und Excessen auftraten. 11 Wochen vor der Aufnahme des Kr. in die S.'sche Klinik, nach einem Excesse im Essen und Trinken, stellten sich die Anfälle wieder häufiger ein und seit 14 Tagen wiederholten sie sich am Tage wie in der Nacht alle 3—4 Minuten. Die Untersuchung des Kr. bei seinem Eintritte in die Klinik ergab bis auf eine Parese des rechten oberen Facialis keine Anomalien; 2 Tage später zeigte sich auch eine Parese des rechten unteren Facialis. Die von S. beobachteten Anfälle verliefen ohne Bewusstseinstörung; auch das Wortverständniss war erhalten, nur das Sprachvermögen mitunter gestört. Der Anfall begann mit Stirnrunzeln und einer Drehung des Kopfes und der Augen nach rechts und unten; unmittelbar darauf schlossen sich krampfhaft die Lider, der rechte Mundwinkel wurde nach oben gezogen, reichliche Speichelabsonderung trat ein, es contrahirten sich die Masseteren und der rechte M. sternocleidomastoideus; schon zu Beginn des Anfalls hatten sich die Beuger des rechten Arms und der rechten Hand contrahirt. Die bis dahin tonischen Krämpfe wurden nun klonisch, und zwar betrafen die Zuckungen besonders die Lidschliesser, den rechten Mundwinkel, die Masseteren und die rechtseitigen Halsmuskeln. Der ganze Anfall dauerte nicht länger als 1 Minute. Allmählich veränderte sich das Bild insofern, als die Lähmungerscheinungen im Facialisgebiete deutlicher wurden und die Krämpfe sich auf die ganze rechte Körperseite ausbreiteten. Am 6. Tage nach der Aufnahme hatte sich auch eine Parese des rechten Hypoglossus und des rechten Arms ausgebildet. In den folgenden Tagen wurden die Krampfanfälle allmählich seltener, die Lähmungerscheinungen dagegen immer ausgeprägter und am 12. Tage nach der Aufnahme trat unter den Symptomen einer diffusen Bronchitis der Tod ein.

Bei der *Sektion* fand sich am Fusse der linken mittleren Stirnwindung, etwas oberhalb der Stelle, wo der Sulcus frontalis inferior mit dem Sulcus praecentralis zusammenstösst, und zwar unmittelbar unter der Rinde, eine rundliche Cyste von 5—6 mm im Durchmesser, offenbar älteren Datums. Die angrenzende Rindensubstanz war von einem frischen Blutextravasate in ungefähr derselben Ausdehnung zerstört. Im Uebrigen bot das Gehirn, von einer leichten Schlängelung des 2. Astes der linken Art. fossae Sylvii abgesehen, normale Verhältnisse; ebenso waren die anderen Organe gesund.

Die kleine apoplektische Cyste hatte wie ein Fremdkörper die angrenzende Hirnrinde gereizt und 24 Jahre hindurch die beschriebenen epileptiformen Anfälle verursacht. Die frische Blutung in der Rindensubstanz selbst hatte eine akute Verschlimmerung zur Folge und führte ausserdem zu Lähmungerscheinungen im Gebiete erst des oberen, dann des unteren Facialis, weiter auch des Hypoglossus und des Armes der rechten Seite. Da die Krämpfe immer im M. frontalis begannen und ebenso die durch die frische Blutung gesetzten Lähmungerscheinungen zuerst den oberen Facialisast betrafen, so nimmt S. an, dass die lädirte Stelle, von der die Reiz- und Ausfallsymptome ausgingen, das Centrum für den oberen Facialis sein müsse. Dieses wäre somit an den Fuss der mittleren Stirnwindung, etwas oberhalb der Stelle, wo der Sulcus frontalis inferior und der Sulcus praecentralis zusammenstossen, zu verlegen. Diese Lage zwischen den Centren für den unteren Facialis (unteres Drittel der vorderen Centralwindung), für den Arm und die Hand (mittleres Drittel der vorderen Centralwindung) und für die Kopf- und Augendreher (oberste Partie der mittleren Stirnwindung, nächst dem Sulcus frontalis superior) würde vollkommen in Einklang stehen mit der Art des Ablaufs der beschriebenen Anfälle: die genannten Centren waren in der That die ersten, die bei der Fortpflanzung des Reizes vom Herde aus in die Umgebung betroffen wurden.

Janssen (Rom).

222. **Un stigmate permanent de l'épilepsie**; par les Drs. Mairet et Virès. (Bull. de Thér. CXXXII. 5. p. 193. Mars 15. 1897.)

Die Vff. haben nach Symptomen gesucht, die es ermöglichen, mit mehr Sicherheit die Diagnose der Epilepsie zu stellen und namentlich die Fälle von mit grosser Geschicklichkeit simulirter Epilepsie richtig zu beurtheilen, also Symptomen, die zu simuliren unmöglich ist. Und zwar studirten sie in dieser Hinsicht die Anfälle selbst, die Intervalle und die sogen. larvirte Epilepsie. Sie fanden da einmal charakteristische Veränderungen der Körpertemperatur zur Zeit vor, während und nach den Anfällen, dann aber besonders eine Hypotoxicität des Urins, die nicht nur in dem während oder kurz nach Anfällen gelassenen Urin nachweisbar war, sondern auch in den freien Zeiten, selbst wenn diese Monate und Jahre dauerten, und endlich auch in Fällen larvirter Epilepsie. Diese Hypotoxicität ist jedoch nicht nur der Epilepsie eigen, sie kommt auch anderweit vor, so namentlich auch bei Hysterie [!]. Jedoch findet sich ein ferneres Charakteristicum darin, dass bei Epileptischen die Art der Toxicität des Urins sich gegen die Norm verändert, bei der Hysterie aber nicht. Der Urin Epileptischer erzeugt häufigere und stärkere Convulsionen bei Thieren als der Gesunder oder Hysterischer. Die Vff. bringen für diese Urinveränderungen bei larvirter Epilepsie 4 Beispiele aus ihren eigenen Beobachtungen bei.

A. Boettiger (Hamburg).

223. **Der Bewusstseinszustand im epileptischen Anfalle**; von Dr. J. Salgó. (Allg. Ztschr. f. Psychiatrie LVI. 1 u. 2. p. 1. 1899.)

Ziemlich weitläufig trägt S. allbekannte Sachen vor. Seine Hauptangelegenheit ist, dass auf epileptische Anfälle nicht immer vollständige Amnesie folgt. Den Schluss macht ein Wortstreit über „Bewusstlosigkeit“. Wenn ein Epileptischer im Anfalle eine strafbare Handlung begeht, so ist er natürlich im psychologischen Sinne nicht bewusstlos, sondern hat einen abnormen Zustand des Bewusstseins, im forensischen Sinne aber ist er bewusstlos. Das ist die einfache Lösung der von S. erörterten Frage.

Möbius.

VI. Innere Medicin.

224. **Einige Bemerkungen über die Behandlung der Chlorose**; von Dr. Theodor Dunin in Warschau. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 14. 1899.)

Bei der richtigen Chlorose und bei der nach Blutverlusten entstandenen Anämie, „welche beiden Arten in meinen Augen nicht allzu sehr von einander differiren“, hilft nach D. das Eisen, wenn man es richtig anwendet, stets. Es ist nur dadurch etwas in Misskredit gekommen, dass man es oft bei Pseudochlorosen gegeben hat, bei denen nur eine allgemeine Hebung der Ernährung helfen kann. Die Haupterscheinungen der Chlorose sind: wachsgelbe, grünliche (nicht eigentlich blasse) Hautfarbe, blasse Schleimhäute, reichliches Fettpolster, Herz- und Venengeräusche, weicher Pulsus celer, Respirationstörungen, Schläfrigkeit, Idiosynkrasien, krankhafte Gelüste, Menstruationstörungen u. s. w. Die Haupterscheinungen der Pseudochlorose sind: blasse Hautfarbe, rothe Schleimhäute, blau geränderte Augen; das Unterhautfettgewebe fehlt meist gänzlich, der Puls kann beschleunigt sein, ist aber nie weich und celer, keine Herz- und Gefässgeräusche, oft Schlaflosigkeit u. s. w. Der Pseudochlorose können die allerverschiedensten Leiden zu Grunde liegen und je nachdem verhält sich die Prognose.

Also vor Allem eine richtige Diagnose. Handelt es sich wirklich um Chlorose, dann gebe man sofort Eisen, reichlich und lange genug. D. giebt lediglich *Blaud*'sche Pillen, die er je nach dem vorliegenden Falle etwas abändert und denen er mit Vorliebe kleine Mengen arseniger Säure zusetzt. Die Pillen werden auch nach anscheinend vollständiger Heilung eine Zeit lang fortgenommen und dann in Pausen immer einmal wieder genommen (etwa jeden Monat 10 Tage lang), da sonst gar zu leicht Rückfälle eintreten.

Sollen die Kranken sich dabei Bewegung machen? Nein, entschieden nicht! Mit vollem Rechte betont D., dass in dieser Beziehung immer noch der grösste Unverstand herrscht. Die Chlorose heilt bei Ruhe viel schneller und sicherer. D. steckt seine Kranken sammt und sonders für 3—6 Wochen, wenn nöthig, auch noch länger, in das Bett und hat nur dabei wirklich gleichmässige gute Erfolge gesehen. Chlorotische gehören auch nicht in das Gebirge, auf die Berge. Ganz und gar nicht. Die eigentliche Behandlung geschieht am besten zu Hause. Nach der Genesung ist ein Landaufenthalt zu empfehlen. Und Chlorotische sollen drittens mit kaltem Wasser verschont werden; sie vertragen es in jeder Form, als Abreibungen, Bäder u. s. w. schlecht. Eine besondere Kost schreibt D. seinen Kranken nicht vor. Er verbietet ihnen nur den Alkohol vollständig und schränkt Kaffee- und Theegenuss ein.

Ein sehr lesens- und beherzigenswerther Aufsatz.

Dippe.

225. **Ueber langdauernde Fieberzustände unklaren Ursprungs**; von Prof. Otto Heubner. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 33. 1899.)

H. führt eine ganze Anzahl jener wohl jedem Arzte aus eigener Erfahrung bekannten Fälle an, in denen wochen- und monatelanges Fieber besteht, ohne dass es überhaupt oder doch lange Zeit möglich ist, eine Diagnose zu machen, Fälle, in denen der Arzt bezüglich der Prognose den bedenklichsten Irrthümern ausgesetzt ist und in denen er therapeutisch vollkommen im Dunkeln herumtappt.

Die 1. Gruppe der H.'schen Beobachtungen umfasst 5 Fälle von *septischer Endokarditis mit chronischem Verlaufe.* Diagnostisch besonders wichtig sind in diesen Fällen die bekannten „erratischen“ Schüttelfröste, rheumatoide Schmerzen, das schlechte Allgemeinbefinden, eventuelle embolisch entstandene örtliche Erscheinungen im Gehirn, in den Lungen, den Unterleibsorganen u. s. w. Sicher wird die Diagnose meist erst dann, wenn sich (zuweilen nach mehrmonatigem Verlaufe) deutliche krankhafte Erscheinungen am Herzen einstellen.

Die 2. Gruppe bilden die Krankengeschichten von 2 Kindern, Geschwistern, bei denen sich als Ursache des lange räthselhaften Fiebers endlich eine *chronische Pyelitis* ergab.

Als 3. endlich nennt H. Fälle, in denen man überhaupt nicht zu einer Diagnose kommt und in denen entweder der Belastung u. s. w. nach *tuberkulöse Veränderungen* angenommen werden müssen oder unklare *Vorgänge in Magen und Darm.* Wie ausserordentlich schwierig derartige Fälle zu beurtheilen sind, beweist namentlich die letzte Beobachtung H.'s, bei der ein 40jähr. kräftiger, bis dahin gesunder Mann 3 Monate lang hohes Fieber hatte, ohne dass irgend ein Grund nachweisbar war. Der Kranke, dem die verschiedensten Aerzte eine schlechte Prognose gestellt hatten, genas vollständig.

Wir empfehlen H.'s Krankengeschichten jedem Praktiker, sie werden gelegentlich vielleicht zu einer Diagnose verhelfen und sie mahnen eindringlich zu der nöthigen Vorsicht bei der Prognose.

Dippe.

226. **Recherches cliniques de calorimétrie humaine**; par H. Bordier. (Lyon méd. LXXXIX. p. 207. Nov. 1898.)

Bei Beginn des Schnupfens können manche Menschen eine Körperstelle bezeichnen, bei deren Berührung durch den geringsten Luftzug Niesen entsteht. Diese Stelle liegt bald an der Rückenfläche eines Armes, bald am Nacken, bald an einem

Beine; bei B.'s Kranken betraf diese Stelle die äussere Fläche des rechten Beines und jedesmal, wenn er von Schnupfen befallen würde, zeigte sich hier jenes Gefühl, das Niesen hervorrief. B. machte es sich nun zur Aufgabe, nachzuforschen, ob diese eigenthümliche Erscheinung nicht ihren Grund habe in einer quantitativ veränderten Wärmeausstrahlung des betr. Körpertheils gegenüber derjenigen des correspondirenden linken und bediente sich zu solchem Zwecke des *d'Arsonval*'schen Calorimeters, das er entsprechend veränderte. Dieses Calorimeter besteht aus zwei einander ganz gleichen Recipienten; jeder wird gebildet aus zwei concentrischen, einen ringförmigen Zwischenraum zwischen sich lassenden hermetisch geschlossenen Gefässen und beide Recipienten stehen in Verbindung mit einem Differentialmanometer. Befindet sich nun innerhalb jedes dieser Recipienten eine Wärmequelle, so stellen sich die Niveaus des Manometers gleich hoch, wenn die aus beiden Recipienten ausgestrahlten Wärmemengen gleich gross sind; ist aber auf der einen Seite diese Ausstrahlung eine stärkere, so erscheint hier das Niveau herabgedrückt, in dem anderen Schenkel erhöht. Nachdem nun der Kranke die nackten Unterschenkel zu gleicher Zeit in die Recipienten eingeführt, B. die letzteren am Knie durch Kautschukverband geschlossen und den Kranken passend gelagert hatte, begann in der That das Niveau im linken Schenkel allmählich zu sinken, bis nach 35 Minuten bei 36 mm unter 0 Stillstand eintrat: ein Beweis also dafür, dass die Wärmeausstrahlung des (afficirten) rechten Unterschenkels geringer war als die des linken.

O. Naumann (Leipzig).

227. **Herz und Lunge in ihren pathologischen Wechselbeziehungen**; von Alexander Ritter v. Weismayr. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 230. 1898.)

Da bei Klappenfehlern der linken Herzhälfte, bei Kyphose, Emphysem und Gravidität eine Combination mit Lungentuberkulose selten vorkommt, muss die venöse Hyperämie der Lunge als ein Zustand angesehen werden, der einen gewissen Schutz vor Tuberkulose schafft. Umgekehrt muss das häufige Vorkommen von Tuberkulose bei Klappenfehlern des rechten Herzens, besonders bei Stenose der Arteria pulmonalis als Folge der Anämie der Lungen angesehen werden. Bei zu kleinem Herzen (Brehmer) besteht die eminenteste Disposition zur Tuberkulose.

Ebenso bedeutsam ist der Einfluss von Lungenerkrankungen, zumal der Tuberkulose und der Pneumonie, auf die Entstehung von Klappenerkrankungen, sowie von Perikarditis und Myokarditis, der entweder auf die Einwirkung der durch die Bakterien erzeugten Toxine oder der Bakterien selbst zurückzuführen ist.

Aufrecht (Magdeburg).

228. **Sopra un caso di morbo di Addison con lesioni dei centri nervosi**; per il Dr. R. Amabilino, Palermo. (Rif. med. XV. 88. Aprile 17. 1899.)

Ein 40jähr. Mann, der vor 1 Jahr mit charakteristischer Bronzehaut, Schleimhautflecken, Asthenie, Schmerzen in den beiden Hypochondrien und im Epigastrium erkrankt und bald nach der Aufnahme in das Krankenhaus unter unstillbarem Erbrechen im apathischen Zustande gestorben war, zeigte bei der *Sektion* Vergrösserung der Nebennieren mit tuberkulöser Entartung und Tuberkelbacillen, sowie bemerkenswerthe Veränderungen im Rückenmarke und Gehirn, während die in verdicktes Bindegewebe eingebetteten Semilunarganglien fast unverändert erschienen; nur einzelne Ganglienzellen waren geschrumpft mit verändertem Kerne. Im Rückenmarke waren die hinteren und seitlichen Stränge sklerotisch, das interfasciculäre Bindegewebe hyperplastisch, die Nervenfasern zum Theil ganz geschwunden, zum Theil mit verdünnter Markscheide. In mit Tionin und Hämatoxylin gefärbten Präparaten der Vorder- und Hinterhörner fanden sich neben fast normalen zahlreiche geschrumpfte Zellen mit homogenen und verkleinerten Kernen, Zerfall der chromophilen Substanz und Schwund der Fortsätze. In der Hirnrinde zahlreiche pyramidale Zellen mit ausgesprochener Chromatolyse, die Contouren zum Theil ausgenagt, der Zellenkörper und der Kern geschrumpft, die Ausläufer geschwunden, die pericellulären Räume erweitert; auch im kleinen Gehirne waren die Zellen zum Theil chromatolytisch.

Die geringen Veränderungen in den Semilunarganglien gestatteten nur einen kleinen Theil der Krankheiterscheinungen auf eine Störung des sympathischen Nervensystems zurückzuführen und machten die Theorie der Autointoxikation in Folge von Insufficienz der Nebennieren wahrscheinlicher. In den scheinbar gegen diese Theorie sprechenden Fällen von normalen Nebennieren mit Sympathicusstörung nimmt A. gleichfalls eine Autointoxikation an, in Folge von funktioneller Störung der anatomisch und entwickelungsgeschichtlich innig mit dem Ganglienneryensysteme zusammenhängenden Nebennieren, während in Fällen von Nebennierenstörung ohne Bronzehaut eine complementäre Thätigkeit der accessorischen Nebennieren angenommen werden kann.

Veränderungen im centralen und peripherischen Nervensysteme nach Zerstörung oder Exstirpation der Nebennieren bei Thieren sind von verschiedenen Autoren beobachtet worden, namentlich Vacuolenbildung in den Nervenzellen des Klein- und Grosshirns (Öttlinger und Nageotte), Degeneration der weissen und grauen Substanz (Rindone), peripherische Chromatolyse und semilunäre Vacuolenbildung in den Zellen mit Schrumpfung der Kerne (Donetti); ferner bei Addison'scher Krankheit des Menschen, wie in dem vorliegenden Falle, namentlich Neuritis der spinalen sensitiven Nervenwurzeln, Nekrobiose der grauen Substanz, Sklerose der hinteren und seitlichen Stränge, ohne Sympathicusstörung (Bonardi), Störungen im Rückenmarke und in den Intervertebralganglien, gleichfalls ohne Sympathicusaffektion (Brauer). Diese Veränderungen sind primärer Natur, durch Autointoxikation bedingt und be-

stehen nur in Atrophie und Schwund der Nervenscheide ohne Affektion des Achsencylinders, während bei den sekundären Degenerationen anatomischen Ursprunges schwerere Zerstörungen in der Nervenscheide und im Achsencylinder vor sich gehen. Aehnliche primäre Veränderungen werden auch bei Pellagra, Diphtherie- und Staphylococcusinfektion, Vergiftungen mit Phosphor, Antipyrin, Höllenstein u. s. w. beobachtet.

Warum das hämatogene Gift besonders auf die Nervensubstanz einwirkt, ist unbekannt; da jedoch vorzugsweise die Wurzeln der motorischen und sensitiven Nervenfasern ergriffen werden, so liegt es nahe, hier einen Locus minoris resistentiae anzunehmen.

Die cortikalen und spinalen Veränderungen erklären zur Genüge die tiefe Apathie und das motorische Erschöpfungsgefühl bei der Addison'schen Krankheit, und es ist nicht nöthig, mit Abelous und Langlois eine curarisirende Wirkung anzunehmen. Diese Annahme wird auch durch das Experiment von Gourfein widerlegt, wonach bei Thieren mit exstirpirten Nebennieren die Nerven und Muskeln noch Stunden lang nach dem Tode reagiren, was bei Curare und ähnlichen Giften nie beobachtet wird.

H. Meissner (Leipzig).

229. **Ein typischer Fall von Morbus Addisonii**; von Dr. Esser in Giessen. (Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 4. 1899.)

Ein 33jähr. Schmied war vor $1/2$ Jahr mit Magenschmerz, Durchfällen, Erbrechen, zunehmender Schwäche erkrankt, kam Anfang December 1898 im Collaps zur Aufnahme und starb 18 Stunden darauf. Die *Sektion* ergab hellbronzefarbige Haut, linsengrosse schwarzbraune Flecke in der Mundschleimhaut, in der rechten Lungenspitze mehrere bis wallnussgrosse, im Centrum verkäste, von schiefrig pigmentirtem, schwieligem Bindegewebe umgebene Knoten; beide Nebennieren geschrumpft, verkäst, stellenweise verkalkt, von derbem fibrösem Gewebe eingeschlossen, Magenschleimhaut blass, schwach mammelonirt; sonst nichts Abnormes. Die histologische Untersuchung ergab in der Haut gelbes Pigment im Rete Malpighii, im Corium verästelte Pigmentzellen, sogenannte Chromatophoren; das Pigment besonders an den kleineren Gefässen angehäuft, letztere aber normal, nicht verdickt, ohne Zelleninfiltration; beide Nebennieren von derbem Bindegewebe eingeschlossen und durchsetzt, vollständig verkäst, mit nur ganz kleinen erhaltenen Rindenpartien, kleinzellig infiltrirt mit einzelnen Riesenzellen, ohne Tuberkelbacillen. Im Sympathicus und in dessen Ganglien, in der Muskulatur des Körpers und des Herzens, im Knochenmarke u. s. w. waren nirgends histologische Veränderungen nachweisbar.

Es liegt hier ein selten reiner Fall von Addison'scher Krankheit mit äusserst schnellem Verlaufe vor, in dem mangels anderer Veränderungen nur die vielleicht mit der geringen Spitzentuberkulose zusammenhängende Entartung der Nebennieren als Todesursache angenommen werden kann.

Die über 800 Fälle sich erstreckende Statistik Lewin's ergiebt nur bei 88% aller Fälle Nebennierenerkrankungen und nur bei 72% der Nebennierenerkrankungen zugleich Bronzehaut; man suchte daher die Ursache des Leidens in einer pathologischen oder funktionellen Störung des Sympathicus, der Semilunarganglien, oder des Rückenmarkes und betrachtete die Nebennierenkrankheit höchstens als häufigste Veranlassung dieser Nervenstörungen. Doch sind letztere nur in 8, höchstens 12% aller Fälle nachgewiesen, und oft so geringfügig, dass sie noch als physiologisch betrachtet werden können. Auch wird durch die Zerstörung der Semilunarganglien ein dem Addison'schen ähnlicher Symptomencomplex nicht erzeugt. Für die Nebennierenaffektion als primäre Ursache sprechen dagegen die, wenn auch bis jetzt spärlichen, Ergebnisse der experimentellen Pathologie und Physiologie, besonders der Umstand, dass die Nebennieren wirklich funktionirende Organe sind, und dass den Nebennierenextrakten unzweifelhaft eine stark blutdrucksteigernde Wirkung zukommt.

H. Meissner (Leipzig).

230. **Osservazioni cliniche e ricerche istologiche in un caso di morbo di Addison**; per R. Silvestrini e G. Daddi. (Settimana med. LII. 33; Agosto 27. 1898.)

Eine 49jähr. Frau, die am 16. April 1898 zur Aufnahme kam, war vor $1/2$ Jahr in Folge des Verlustes ihres Kindes an schwerer Appetitlosigkeit, Kraftlosigkeit und Abmagerung (um 20 kg) erkrankt, klagte zeitweilig über Schmerzen im rechten Hypochondrium und zeigte eine etwas düstre Hautfärbung, so dass der Verdacht auf Addison'sche Krankheit vorlag, doch waren keine Schleimhautflecke vorhanden. Bei der Aufnahme erschien die Kr. soporös, konnte sich kaum im Bette erheben, hatte schwachen, fast verschwindenden Puls, trockene Zunge; die Untersuchung des Blutes ergab 3100000 rothe, 9000 weisse Blutkörperchen und 85% Hämoglobin (Fleischl). Unter unwillkürlichen Stuhlentleerungen erfolgte am 6. Tage der Tod. Die *Sektion* ergab schwaches Emphysem und leichte Hypostase der Lungen, sowie einen haselnussgrossen käsigen Herd im rechten unteren Lungenlappen; Herz etwas erweitert, schlaff, atrophisch, Leber verkleinert, im 1. Stadium der Muscatnussentartung, Milz mit verdickter Kapsel, blass, Nieren anämisch; Nerven normal; Nebennieren vergrössert, braun, hart, mit einzelnen käsigen Knoten durchsetzt. Bei der histologischen Untersuchung ergaben sich die Nervencentren und die Sympathicusfasern als vollständig normal, am Herzen braune Atrophie und lokalisirte interstitielle Myokarditis, Leber blutreich, mit braunröthlich pigmentirten Zellen; Milz mit reichlichem fibrösen Stroma; Nieren mit vermehrtem interstitiellen Bindegewebe und kleinen herdweisen Ansammlungen von Leukocyten; Muskeln normal. Nebennieren in ein dichtes Fasergewebe verwandelt, mit einzelnen verkästen Herden, ohne Spur normaler Elemente, im sklerösen Gewebe zahlreiche Tuberkelbacillen.

Bemerkenswerth waren klinisch der schnelle Verlauf, die starke Anorexie, Asthenie, Abmagerung und die äusserst geringe Hautfärbung, anatomisch-pathologisch das vollständige Schwinden der normalen Nebennierensubstanz bei normaler Beschaffenheit der Nerven und unwesentlichen Veränderungen der anderen Organe.

H. Meissner (Leipzig).

231. **Ueber Melanoplakie der Mundschleimhaut und die Diagnose auf Morbus Addisonii**; von Prof. Fr. Schultze in Bonn. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 46. 1898.)

Die Melanoplakie, die Pigmentirung der Mundschleimhaut wird von Neusser für ein „geradezu typisches“ Kennzeichen der Addison'schen Krankheit erklärt und giebt in der That seltener zu diagnostischen Zweifeln Veranlassung als die abnorme Hautfärbung, kommt jedoch auch unabhängig von Addison'scher Krankheit vor, wie schon Fälle von Parkes und Harley, sowie von P. Schmitz beweisen. Man findet sie nicht selten bei chronischen Erkrankungen des Magens, besonders bei Magenkrebs; so beobachtete sie Sch. bei einem 52jähr. Manne mit grossem flachen Krebstumor des Magens; doch konnte wegen fehlender Sektion eine Erkrankung der Nebennieren nicht ganz ausgeschlossen werden. Ferner fand sie Leva bei Lebercirrhose und Sch. in 2 Fällen von Lebercirrhose und von Cholelithiasis.

1) Ein 54jähr. Trinker war 4 Monate vor seiner Aufnahme mit allmählicher Anschwellung des Unterleibes, Schmerzen in beiden Hypochondrien und häufigem Harndrange erkrankt. Er zeigte schwärzlichbraune Flecke in der Schleimhaut des Gaumens und des Zahnfleisches, sowie einzelne gelbbräunliche Flecke auf der Bauchhaut und schwache Pigmentirung der Schulterblattgegenden, ferner freie Flüssigkeit im Unterleibe und gleichmässige Leberschwellung (Peritonitis und Cirrhose?). Während der 17monatigen Beobachtungzeit blieben die Flecke völlig unverändert; dagegen trat nach wiederholten Abzapfungen eine entschiedene Besserung des Zustandes ein und es wurden keine anderen Zeichen der Addison'schen Krankheit beobachtet. Die Diagnose blieb zweifelhaft.

2) Ein 40jähr. Mann litt seit October 1895 bis Januar 1896 an häufigen Anfällen von „Gallensteinkolik“, ohne Ikterus, und von Mitte Juli bis Anfang September an heftigem, anfangs atypischem, später intermittirendem Fieber; dazu trat ein neuer heftiger Kolikanfall mit Delirien und Somnolenz, Auftreibung des Leibes, vorübergehendem Ikterus, Dämpfung über der linken Lungenspitze, ohne Leberschwellung. Bei der Aufnahme im October 1896 war die Haut besonders im Gesicht gelbbräunlich, ohne ikterische Färbung der Sklera; an der Schleimhaut des Zahnfleisches und der Wangen ziemlich grosse, graubraune Pigmentflecke; über der rechten Lungenspitze tuberkulöse Veränderungen; Milz vergrössert, bei Druck empfindlich; Leber normal. Bei allen diesen Erscheinungen lag der Verdacht der Addison'schen Krankheit sehr nahe. In der Folgezeit traten wieder heftige Kolikanfälle ein und im September 1897 musste die Gallenblase entfernt werden, die perforirt, mit den Umgebungen verwachsen und mit zahlreichen Gallensteinen erfüllt war. Ende Juni 1898 trat eine heftige Epididymitis und tuberkulöse Orchitis auf; die eine operative Entfernung des Hodens erforderlich machten. Seitdem wieder Wohlbefinden. Die Flecke in der Mundschleimhaut blieben unverändert. Es war daher die Diagnose der Addison'schen Krankheit immer noch zweifelhaft, da die übrigen constitutionellen Erscheinungen, zunehmende Schwäche und gastrointestinale Erscheinungen fehlten, und es erschien nur die einer Cholelithiasis und Tuberkulose der Lungen und des Hodens gesichert.

H. Meissner (Leipzig).

232. **Nasenhöhle und Gaumenwölbung bei den verschiedenen Gesichtsschädelformen**; von Prof. Siebenmann in Basel. (Wien. med. Wochenschr. XLIX. 2. 1899.)

Das häufige Zusammenvorkommen von adenoiden Vegetationen und hohem Gaumen hat zu der Annahme geführt, der hohe Gaumen sei eine Folge der durch die adenoiden Vegetationen bedingten Mundathmung. Nun ist aber der hohe Gaumen eine Theilerscheinung der Leptoprosopie, bei der sich ja auch eine enge Nase findet. Es ist also erklärlich, dass bei Prosopie die durch die adenoiden Vegetationen hervorgerufene Muschelschwellung leichter zu einer Behinderung der Nasenathmung und deren Folgen führen wird als bei Chamäprosopie, und dass wir daher die adenoiden Vegetationen vorwiegend bei Leptoprosopen zu sehen bekommen.

Umgekehrt ist es bei der Ozaena. Die diesem Process zu Grunde liegende Epithelmetaplasie findet sich bei Leptoprosopen wie bei Chamäprosopen, aber nur bei den letzteren, mit ihrer weiten Nase führt sie zu dem charakteristischen Bilde der Rhinitis atrophicans foetida.

Rudolf Heymann (Leipzig).

233. **Uvula-Anomalien**; von Dr. R. Henke in Clausthal. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXII. 7. 1898.)

Anomalien der Uvula kommen angeboren und erworben vor. H. beobachtete sie in über 20 Jahren bei einem grossen Materiale in etwa 2.8% der Fälle. Das von anderen Autoren als selten angegebene Fehlen der Uvula sah H. nie. Hypermegalie der Uvula kommt in 0.63% der Fälle vor. Die Uvula ist dabei entweder einfach verlängert, oder das Anhängsel ist an seinem unteren Ende blasig aufgetrieben, gefurcht, gelappt.

Ferner kommen Furchungen und Spaltungen der Uvula vor. Die Furchung ist der Ausdruck einer Diastase der gewöhnlich dicht aneinandergelagerten Hälften des Azygos uvulae. Die Spaltung dagegen, wobei übrigens der Spalt meist links von der Mittellinie liegt, ist eine Hemmungbildung analog der Lippenspalte.

Lochbildungen sind meist erworben.

Oedeme sind meist sekundär und akut entstanden und von kurzer Dauer.

Tumoren der Uvula sind nicht häufig, sie betrafen etwa 0.35% aller Untersuchten. Sichere genuine Sarkome der Uvula sind bisher nicht beschrieben. Die Epithelialcarcinome sind meist in der Nachbarschaft entstanden. „Gemischte Tumoren“ sind nur bei gleichzeitiger Betheiligung der benachbarten Theile beobachtet. Chondrome sind vereinzelt in Mischtumoren gesehen. Einen solchen Fall hat auch H. beobachtet. Angiome der Uvula sind angeboren; sie sitzen immer an der Uebergangstelle des Arc. phar.-palat. in die Uvula; eine Difformität des Zäpfchens verursachen sie nicht. Reine Adenome sind sehr selten und nicht über nussgross. Myxome und Lipome sind selten. Am häufigsten sind Papillome (70%), sie sind meist von rundlicher Form, mehr oder weniger gefurcht, gewulstet oder gelappt, nicht selten gestielt. Fibrome sind ungestielt, sitzen der Uvula breit auf.

Rudolf Heymann (Leipzig).

234. **The Asch operation for deviations of the cartilaginous nasal septum, with a report of two hundred operations**; by Emil Mayer. (New York med. Record LIII. 6. p. 90. Febr. 1898.)

Nach den Erfahrungen, die im Verlaufe von 15 Jahren im Manhattan Eye and Ear Hospital und im New York Eye and Ear Infirmary an 200 Kr. im Alter von 5—67 Jahren gesammelt worden sind, empfiehlt M. die Methode von Asch als einfach und zuverlässig.

Die Operation wird am besten in Narkose am hängenden Kopfe ausgeführt. Mit einem Elevatorium oder wenn nöthig mit einem Hohlmeissel werden zuerst etwaige Verwachsungen zwischen Septum und Muschel durchtrennt. Dann werden besonders für den Zweck construirte Scheeren mit einem dreieckigen scharfen und einem stumpfen Blatte so in die Nase eingeführt, dass das stumpfe Blatt auf die Convexität, das scharfe aber in die Conkavität des Septum zu liegen kommt und es wird die Deviation durch 2 möglichst rechtwinkelig zu einander stehende Schnitte in 4 Lappen getrennt. Mit den Fingern und besonderen stumpfen Zangen werden darauf die Segmente, wenn nöthig gewaltsam, in platte Lage gebracht und in dieser durch konische durchlöcherte Hartgummiröhren, durch deren Einführung auch die Blutung gestillt wird, fixirt. Die Röhre wird aus der conkaven Seite nach 24 Stunden dauernd entfernt, in der convexen Seite aber muss sie 5 Wochen lang getragen und in dieser Zeit, in der 1. Woche durch den Arzt, täglich herausgenommen und sorgfältig gereinigt werden. Rudolf Heymann (Leipzig).

235. **Papilloma of the nasal septum**; by Macleod Yearsley. (Brit. med. Journ. May 28. 1898.)

Eine 20jähr. Frau, die seit 3 Monaten Schmerzen, Undurchgängigkeit und öfters leichtes Bluten der rechten Nasenseite hatte, zeigte im rechten Vestibulum einen kleinen, vom knorpeligen Septum ausgehenden Tumor, der schon bei Berührung mit der Sonde blutete und der mit der kalten Schlinge abgetragen wurde. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies er sich als echtes Papillom. Rudolf Heymann (Leipzig).

236. **The treatment of ozaena, with special reference to cupric electrolysis**; by P. M'Bride. (Edinb. med. Journ. N. S. V. 3. p. 217. March 1899.)

Nach einer kurzen kritischen Uebersicht über die verschiedenen Behandlungmethoden der Ozaena bespricht M'Br. die Injektion von Diphtherie-antitoxin und die Elektrolyse etwas eingehender. Die erstgenannte Methode hat er niemals selbst angewendet, da nach den vorliegenden Veröffentlichungen der Erfolg nur ein vorübergehender zu sein scheint und eine längere Anwendung des Mittels nicht unbedenklich ist.

Die Elektrolyse dagegen hat er in zahlreichen Fällen mit gutem Erfolge angewendet. Er hat nach Cocainisirung der Nase eine mit dem positiven Pol verbundene Kupfernadel in die untere oder mittlere Muschel eingestochen, während eine mit dem negativen Pol verbundene Platin- oder Stahlnadel in das Septum eingeführt wurde. Es wurde dann ein Strom von 3—10 M.-A. bis zu 10 Min. Dauer durchgeleitet. Wie 8 kurz mitgetheilte Krankengeschichten zeigen, war mitunter schon nach einseitiger Anwendung der Elektrolyse auf beiden Seiten für kürzere oder längere Zeit deutliche Besserung eingetreten. In 4 der Fälle waren Fötor und Krustenbildung nach 3—4 Sitzungen bis zu 18 Monaten beseitigt; in einem Falle war der Fötor beseitigt und die Krustenbildung vermindert; in einem Falle waren nach 2 Sitzungen Fötor und Krustenbildung verschwunden, kehrten aber nach 4 Monaten zurück; in den 2 übrigen Fällen hielt die Besserung nur einige Wochen an.

Rudolf Heymann (Leipzig).

237. **A form of external rhinitis due to the Klebs-Loeffler bacillus appearing in children convalescent from scarlet fever**; by C. Todd. (Lancet May 28. 1898.)

Im London Fever Hospital wurde in 18 Mon. bei 51 Kindern unter 365 Scharlachkranken eine Entzündung der äusseren Nase oft mit Krustenbildung, aber niemals mit Membranbildung beobachtet. In allen diesen Fällen wurde der Klebs-Löffler'sche Bacillus in der Nase nachgewiesen. Die Entzündung ist offenbar contagiös, es ist aber niemals das Auftreten von Rachen- oder Kehlkopfdiphtherie im Anschlusse an sie beobachtet worden. An Hautstellen der verschiedensten Körpergegenden, die mit Sekret der erkrankten Haut vom Naseneingange in Berührung kamen, bildeten sich Pusteln. Niemals wurden bei der Erkrankung Temperatursteigerung, Albuminurie oder Drüsenschwellung beobachtet. Die Erkrankung befiel zumeist Kinder im 3. und 4. Lebensjahre, niemals Kinder, die älter als 13 Jahre waren.

Rudolf Heymann (Leipzig).

238. **On the occurence of cartilaginous and bony nodules in the tonsil**; by Hugh Walsham. (Lancet Aug. 13. 1898.)

Bei einer Untersuchung über Tuberkulose der Tonsillen fand W. in 2 Tonsillen, die von einem 27jähr. Manne stammten, ausgedehnte Balken und Knoten von theils hyalinem, zumeist aber fibrösem Knorpel, an einigen Stellen hatte sich der Knorpel in Knochen umgewandelt. In den Tonsillen eines 50jähr. Mannes fanden sich eben solche Balken und Knoten aus Knochengewebe und nur an einzelnen Stellen noch nicht in Knochen umgewandelter Knorpel.

W. vermuthet, dass diese Einlagerungen als knorpelige Reste aufzufassen sind, die aus dem 2. Kiemenbogen stammen und die mit zunehmendem Alter eine fortschreitende Umwandlung in Knochen erleiden. Kanthack dagegen, der die Präparate von W. gesehen hat, meint, dass die Einlagerungen nicht embryonalen Ursprungs sind, sondern dass sie durch Metaplasie des Bindegewebes in Knorpel und Knochen entstanden sind.

Rudolf Heymann (Leipzig).

239. **On the treatment of certain forms of cervical lymphadenitis by the introduction of medicinal substances into the crypts of the faucial tonsils**; by J. L. Goodale. (Boston med. and surg. Journ. CXXXVIII. 20. p. 465. May 1898.)

G., der durch früher veröffentlichte Versuche zu der Ueberzeugung gekommen ist, dass normaler Weise in den Fossulae der Gaumentonsillen eine Absorption stattfindet, hat bei Kranken mit vergrösserten Lymphdrüsen am Kieferwinkel, bei fehlenden adenoiden Vegetationen und fehlenden cariösen Zähnen medikamentöse Injektionen in die Tonsillen gemacht. Er nahm meist 10proc. wässerige Jodlösung. Von der Flüssigkeit wurden in jede Tonsille mit einer stumpfen Kanüle 3 bis 4 Tropfen injicirt und die Injektionen alle 3 bis 4 Tage wiederholt. In einer Reihe von Fällen gingen unter der Behandlung die Lymphdrüsen zurück, in einigen Fällen aber blieben die Injektionen ohne Wirkung. G. vermuthet, dass in diesen Fällen eine andere Infektionpforte als die Tonsillen vorhanden war.

Rudolf Heymann (Leipzig).

240. **Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge**; von Dr. E. Vollmer. Mit 2 Tafeln. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVI. 1. p. 13. 1898.)

V. beobachtete bei einem Syphilitiker eine schwarze Haarzunge; ob diese schon vor der Infektion bestanden hatte, liess sich nicht feststellen. Die Zunge war an der Spitze und an den Seiten mit einem weisslichen Filze überzogen, dessen Haare durch die langen Papillenspitzen gebildet wurden; die Convexität der Zunge aber war schwärzlich braun, die Mitte schwarz; dieser Ueberzug reichte bis an die Papillae circumvallatae, wo sich wieder rothe Schleimhaut vorfand. Der abgeschabte schwarze Belag bestand aus Epithelzellen, weissen Blutkörperchen und den feinen Hornfäden. Letztere müssen durch ein abnorm festes Zusammenhängen der verhornenden Stachelzellen zu Stande kommen; ist der Zusammenhang unter allen Zellen und an allen Seiten ein gleich fester, so entstehen bei dem steten Nachschub von der Stachelschicht der Papillae filiformes die dolchartigen Bildungen; ist der Zusammenhang nur an einer Seite vorhanden, so kommen Formen von in einander gesteckten Trichtern oder Blumenstengeln zu Stande. Ueber Papillen mit mehreren Spitzen bilden sich quastenartige Hornmassen. Die Farbe der Haare ist blond, nach dem freien Ende zu dunkler, je älter, trockener und fester die Hornschicht geworden ist.

Die Aetiologie der schwarzen Haarzunge ist völlig dunkel; vielleicht veranlasst zu häufig vorgenommene Reinigung der Mund- und Zungenschleimhaut mit desinficirenden oder adstringirenden Mundwässern die Hornbildung oder auch starkes Rauchen. Ob die Syphilis in der Aetiologie der schwarzen Haarzunge eine Rolle spielt, ist noch unentschieden. Wermann (Dresden).

241. **Ueber Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen**; von Dr. Josef Schütz. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVI. 3. p. 432. 1898.)

Sch. beobachtete bei 3 Psoriasiskranken, einem 10jähr. Knaben und 2 jugendlichen weiblichen Personen, typische Leukoplakie der Mundschleimhaut, die der Behandlung grossen Widerstand entgegensetzte und schliesslich am besten auf 3proc. Salicylspiritus reagirte. Syphilis war in allen Fällen mit Sicherheit auszuschliessen. Sch. glaubt nicht, dass es sich um echte Psoriasis der Schleimhaut handelte, dass aber doch indirekte Beziehungen zwischen der Leukoplakie und der Psoriasis vorlagen. Die Schleimhauterkrankung bot nicht den prägnanten Anblick dar, wie z. B. der Lichen mucosae, sie glich ganz der Schwimmer'schen Leukoplakie. Sch. sah sie noch 2mal bei hartnäckigen Tylomen der Hohlhand und 5mal bei ganz eigenartigen chronischen schuppigen Ekzemen der Ellenbogengegend. Diese Ekzemformen fanden sich symmetrisch auf den Streckseiten der Ellenbogen, zeigten eine geringe Infiltration, leichte Röthe und kleienförmige Abschilferung, die Umgebung wies eine leicht gelbliche Verfärbung auf. Es bestand nun zwischen diesen Ekzemen und der Leukoplakie, wie dem Allgemeinbefinden der Kranken ein unverkennbarer Zusammenhang, indem beide Erscheinungen ohne Behandlung sich besserten oder verschlimmerten oder durch gewisse Kuren, die das Allgemeinbefinden besserten, günstig beeinflusst wurden. In einem Falle brachte eine Karlsbader Kur Besserung, während die Verschorfung mit dem Thermokauter nur kurze Zeit erfolgreich gewesen war.

Es ist demnach das Zusammentreffen der Leukoplakie mit einigen Hauterkrankungen, die eine vermehrte Hornbildung aufweisen (Psoriasis, Tyloma palmarum, Eczema chronicum squamosum beider Ellenbogen), kein zufälliges, sondern es bestehen dafür ursächliche und gemeinsame Bedingungen im Körper. Wermann (Dresden).

242. **Impetigo vulgaris**; von Dr. P. G. Unna und Frau Dr. Schwenter-Trachsler. Mit 1 Tafel. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 5—8. p. 229. 281. 333. 385. 1899.)

Die als endemische Kinderkrankheit beobachtete Impetigo vulgaris ist bisher noch nicht richtig geschildert worden. Am nächsten kommen verschiedene Beschreibungen der sogen. Impetigo contagiosa, doch mischen sich hier gewisse Züge hinein, die der Impetigo vulgaris nicht eigen sind. Während das als einheitlich geltende Krankheitbild der Impetigo durch die verschiedensten Eiterungen soll erzeugt werden können, weist U. nach, dass die Impetigo vulgaris immer nur durch einen bestimmten Organismus hervorgerufen wird, der eine neue, durchaus eigenthümliche Species darstellt.

Die Impetigo vulgaris beginnt in der Form von kleinen rothen, allein stehenden Punkten, auf denen nach 32—34 Stunden kleine, central gelegene Bläschen mit klarem Inhalte sich entwickeln, der sich bisweilen im Verlaufe der ersten 2 Tage

trübt. Bei abortivem Verlaufe trocknet das primäre Bläschen zu einer kleinen senfkorngrossen Kruste ein, die abfällt, ohne einen rothen Fleck zu hinterlassen. Das charakteristische Krankheitbild entsteht indessen erst, wenn 3—5 Tage nach dem Erscheinen des Bläschens ziemlich plötzlich eine grössere, das Bläschen verdeckende Kruste sich bildet; diese ist durchscheinend, hornartig, honiggelb. Durch Confluenz entstehen grosse Krustenscheiben. Nach Abstossung der Krusten bleiben rothe Flecke zurück in Folge der starken Gefässerweiterung und Verdünnung der Oberhaut. Die typische Kruste der Impetigo vulgaris wird nicht durch das primäre follikuläre Bläschen gebildet, sondern durch ein sekundäres oberflächliches, den Haarbalg concentrisch umgebendes, in's Breite gehendes Bläschen direkt unter der Hornschicht, das gewöhnlich in dem Maasse, wie es sich bildet, durch Gerinnung des Serum in eine Kruste verwandelt wird. Nur, wenn zu den gewöhnlichen Impetigokokken eine Mischinfektion von Streptokokken hinzutritt, bleibt die grössere Blase länger bestehen und zeigt serös-eitrigen Inhalt. Die Impetigo vulgaris ist am häufigsten im Gesicht und in Folge des Kratzens am behaarten Kopfe, an den Fingern und Handrücken, Vorderarmen und Unterschenkeln.

Die Behandlung der Impetigo vulgaris besteht in Entfernung der Krusten, Reinigung der erodirten Haut mit lauwarmem Seifenwasser und Auftragen von Zinkschwefelpaste.

Die Histologie der Impetigo vulgaris zeigt, dass das primäre Bläschen innerhalb des erweiterten Follikeltrichters sitzt und von einem Lanugohärchen durchbohrt wird; an diesem sind die Impetigokokken abwärts gewandert und umgeben das Haar unter Umständen als continuirliche Kokkenscheide. Die Kruste bildet sich aus dem sekundär an der Oberfläche des Deckepithels sich entwickelnden zweiten Bläschen. Die Blutgefässe der Haut sind im Bereiche der Kruste stark erweitert, die Bindegewebezellen stark hypertrophirt, die Mastzellen erheblich vermehrt. Die Krusten bestehen aus geronnenem Serum, stellenweise durchsetzt von fädigem Fibrin, und enthalten nach einigen Tagen reichliche Kokken. Durch das Culturverfahren liessen sich in allen Fällen ein weisser und ein ockerfarbener Coccus nachweisen, häufig fanden sich beide zusammen, öfter nur einer von beiden. Impfversuche fielen stets positiv aus; die von einem typischen Falle gewonnenen Reinculturen erzeugten bei einem Gesunden die gleiche Affektion, aus deren Produkten sich wieder derselbe Organismus züchten liess.

Wermann (Dresden).

243. **Dermatitis exfoliativa Ritter**; von Dr. Friedrich Luithlen. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVII. 3. p. 323. 1899.)

L. berichtet über 2 Fälle von Dermatitis exfoliativa bei schwachen abgemagerten Kindern, die an Darmkatarrh, bez. Lungenentzündung zu Grunde gingen. Die geröthete verdickte Haut zeigte gelblich-weisse schuppenartige, blätterige, faltige Auflagerungen, von Sprüngen und Furchen durchsetzt, unter denen sich eine dunkelrothe, oft leicht nässende, nicht völlig ebene Fläche befand. Die Lippen waren verdickt, mit Auflagerungen bedeckt und rissig; in den Mundwinkeln radiäre tiefere Rhagaden.

Die histologische Untersuchung excidirter Hautstücke ergab Entzündungerscheinungen im Papillarkörper und oberen Corium, abnorm starke Proliferation des Rete in den untersten Schichten mit mangelnder Verhornung und Abstossung der meist aus kernhaltigen Zellen bestehenden oberen Schichten. Kommt es in Folge stärkerer Exsudation zu schlaffen blasenartigen Vorwölbungen der die oberste Decke bildenden Schuppen, so findet sich eine bedeutend stärkere Schwellung des Papillarkörpers, Oedem und Gefässerweiterung vor. Durch Reibung oder Druck kommt es zu Substanzverlusten der ödematösen, stark entzündeten Haut. Die Abheilung des Processes erfolgt bei abnehmender Entzündung unter Bildung einer festen Hornschicht.

Die Erkrankung beginnt mit einem charakteristischen Erythem, meist um den Mund herum; sie hängt zeitlich mit der physiologischen Exfoliation zusammen. Kaposi glaubt, dass es sich um eine gesteigerte physiologische Exfoliation handelt. Vielleicht sind toxische Einflüsse wirksam, wofür das initiale Erythem spricht.

Therapeutisch sind im Beginne der Erkrankung Eichenrindenbäder und Salbenverbände zweckmässig; später bei Nachlass der Entzündung sind keratoplastische Mittel (Ichthyol, Resorcin, Thiol, Tumenol u. s. w.) als Salben- oder Pflasterverband angezeigt.

Wermann (Dresden).

244. **Zur Casuistik der Gangraena cutis**; von Dr. E. Riecke. Wien. klin. Wchnschr. XII. 14. 1899.)

R. berichtet über 4 Fälle von arteficieller Gangrän aus der Riehl'schen Universitätklinik bei einem 17jähr. Dienstmädchen, einem 18jähr. Arbeitburschen und bei zwei 12jähr. Schulmädchen. Nur in dem 2. Falle ergab die Anamnese keinen Aufschluss über die Entstehung der Läsionen. In dem 1. Falle war die Gangrän durch Einreibung der Haut mit concentrirter Kochsalzlösung, bei den zwei Schulmädchen durch Kratzen und Waschen mit grüner Seife und Essigwasser erzeugt worden. Die gangränösen Stellen fanden sich an den Armen und Unterschenkeln und waren bis zu 10 cm lang und 3 cm breit. Sie heilten unter antiseptischen feuchten Verbänden innerhalb 14 Tagen. Die ganz unregelmässige, zackige Umrandung der einzelnen Herde, die des Oefteren durch normale Hautinseln tiefe Einbuchtungen erfuhren, die weder an Gefäss-, noch Nervenverlauf gebundene Anordnung, die verschiedene Tiefe der Substanzverluste und die daraus resultirende Verschiedenheit der Entwickelungstadien der einzelnen Herde, sowie am Einzelherde selbst erweckten den dringenden Verdacht, dass es sich um eine selbst zugefügte Gewebeverletzung handle. Die erste Kr. war eine hysterische Person; gegen die

Annahme einer idiopathischen Gangrän sprach der Umstand, dass keine weiteren Eruptionen auftraten, sobald die Pat. in Behandlung gekommen war; experimentell liess sich nachweisen, dass Kochsalzlösung nur nach vorheriger Verletzung der Epidermis im Stande ist, Gangrän zu erzeugen. Sind Mineralsäuren und Alkalien zur Aetzung verwendet worden, so weist häufig die Spur eines abgelaufenen Tropfens darauf hin. Von Wichtigkeit für die Diagnose der arteficiellen Gangrän ist ferner das Fehlen abnormer Blutmischung, pathologischen Urins, von Störungen Seitens des Nervensystems, von infektiösen Erkrankungen, von Vergiftungen mit Nekrose erzeugenden Medikamenten. Wermann (Dresden).

245. **Quelques cas de pelade traités par les rayons chimiques concentrés**; par O. Jersild. (Ann. de Dermatol. et de Syph. X. 1. p. 20. 1899.)

J. theilt aus dem Finsen'schen Institute in Kopenhagen die Resultate der Behandlung der Alopecia areata, die er für eine bakterielle Erkrankung hält, mit dem elektrischen Lichte nach der Finsen'schen Methode mit. Die wirksamen Faktoren sind hierbei die baktericide Kraft des Lichtes, seine das Wachsthum des Haares anregende Wirkung, die Erzeugung einer lokalen Hautreizung. Die baktericide Wirkung des Lichtes ist durch die guten Resultate der Methode bei der Behandlung des Lupus und die bakteriologischen Experimente Finsen's erwiesen. Der Einfluss des Lichtes auf das Wachsthum der Haare ist durch die alltägliche Beobachtung bekannt, dass im Sommer und in südlichen Klimaten der Bart sich stärker entwickelt; ferner wurde in der Umgebung der mit dem Lichte behandelten Lupusherde die Entwickelung von Haaren festgestellt. Endlich ist die durch das Licht hervorgerufene Hyperämie wirksam; die bisherige Behandlung der Alopecia areata hat in der Hauptsache die Hervorrufung einer Hyperämie zur Grundlage. Die Behandlung wurde mit den neuesten Apparaten vorgenommen, die, mit Bergkrystalllinsen versehen, die ultra-violetten Strahlen durchgehen lassen. 1 cm breit wurde der Rand des Areafleckes rasirt; alsdann wurde in täglichen Sitzungen von $^1/_4$ Stunde die Stelle dem Lichte ausgesetzt. Die gesunden Theile der Kopfhaut wurden mit täglicher Seifen- und Sublimatwaschung behandelt, die getragenen Hüte entfernt, die Toilettengegenstände desinficirt. Da die völlige Ausschaltung der Wärmestrahlen nicht möglich ist, muss die Haut von Zeit zu Zeit mit kaltem Wasser gekühlt werden. 7 Kranke wurden auf diese Weise behandelt. Das Wiederwachsthum der Haare erfolgte in allen Fällen sehr schnell; in einem schon 10 Tage nach dem Beginne der Behandlung; ein Fall erforderte 48 Sitzungen, die Krankheit war sehr ausgebreitet und progressiv, ausserdem war die Behandlung 16 Tage unterbrochen worden. Nur einmal gab es ein lokales Recidiv. Der längste nach der Heilung verstrichene Zeitraum ohne Recidiv betrug 9 Monate. Nur einmal trat eine leichte Verbrennung ein, in allen übrigen Sitzungen überschritt die örtliche Reaktion nie die Grenzen einer ganz oberflächlichen Hautentzündung. Wermann (Dresden).

246. **Traitement de la pelade par l'irritation simple aseptique**; par L. Jacquet. (Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. IX. 12. p. 1136. 1898.)

Die meisten Dermatologen sehen in der Hautreizung die erste Bedingung einer erfolgreichen Behandlung der Alopecia areata. Die einfache Hyperämie bewirkt eine Anregung der Papille, das Wiederwachsen des Haares. An sich selbst versuchte J. ein einfaches Verfahren, eine vorübergehende Hyperämie zu erzeugen, das, so oft man es wünscht, mit Leichtigkeit wiederholt werden kann; er bürstete mit einer starren Bürste die kahle Hautstelle und ihre Ränder; nach wenigen Sekunden wird die Haut roth und warm, welche Veränderung 30—50 Minuten anhält. J. wandte das Verfahren früh und Abends auf einen 2-frankstückgrossen kahlen Fleck im Barte an und erzielte in 4 Monaten völlige Heilung, in anderen Fällen in weit kürzerer Zeit. Die Methode kann aber auch häufiger angewendet werden, bis 5- und 6mal, nur muss sofort aufgehört werden, wenn Exsudation auftritt. Ausser der Frottirung der kahlen Stellen ist auch die ganze Kopfhaut, bez. der Bart gründlich durchzubürsten, um Neuausbrüche und Recidive zu verhüten. Um bei etwaigen Excoriationen eine Infektion zu vermeiden, empfiehlt es sich, die Bürste vor dem Gebrauche in eine antiseptische Lösung zu tauchen:

Alcohol 96° 80.0
Ol. Ricini 20.0
Sublimat 0.1
Extract. Opoponacis
Tinct. Cochenille ana Gtt. XX

Wermann (Dresden).

247. **Effets produits par les différents modes d'excitation de la peau dans un cas de grand dermographisme**; par F. Allard et H. Meige. (Arch. gén. de Méd. 7. p. 33. Juillet 1898.)

Die Vff. beobachteten bei einem 20jähr. Kellner, der in Folge einer Blennorrhagie an nervösen Zufällen litt, eine ausserordentlich ausgesprochene Dermographie. Sie untersuchten nach einander die Wirkung mechanischer, thermischer, elektrischer Reize und der X-Strahlen und fassen das Resultat ihrer Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1) Dermographie kommt öfter im Gefolge der Blennorrhagie vor. 2) Die Infektion war in dem beschriebenen Falle besonders stark und im peripherischen Nervensysteme lokalisirt, daher die motorischen, sensiblen und trophischen Erscheinungen, begleitet von vasomotorischen Störungen, Dermographie. 3) Art und Verlauf der motorischen und sensiblen Störungen deuten auf eine Lokalisation im peripherischen Nervensysteme hin, ebenso

rührt die begleitende Dermographie von einer Alteration der Nerven und nicht der vasomotorischen Centra der Haut her. 4) Die erbliche Neuropathie findet sich auch hier. 5) und 6) Welcher Art auch die angewandten Hautreize waren, immer ging die Contraktion der Gefässe der Dilatation voraus und stand die Wirkung in direktem Verhältnisse zu der Stärke der Reize. 7) Kälte und Hitze veranlassten keine identischen Reaktionen. 8) Bei den elektrischen Versuchen erwies sich der negative Pol als wirksamer in Bezug auf die Hervorbringung vasomotorischer Phänomene als der positive Pol. Bei Gesunden ist es umgekehrt. 9) Die Reizung durch X- und Kathodenstrahlen blieb ohne Wirkung. W. Kothe (Friedrichroda).

248. **Ueber die Radikaloperation des Lupus**; von Dr. A. Buschke. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVII. 1. p. 23. 1899.)

B. berichtet über 18 Lupuskranke, die er in den Jahren 1895—97 als Assistent der Neisser'schen Klinik in Breslau mittels Totalexstirpation behandelt hat. Besonders Lang hat auf diese Methode hingewiesen und will alle anderen Palliativmethoden erst dann in Erwägung gezogen wissen, wenn die Radikalbehandlung nicht vorgenommen werden kann.

Die Anästhesirung wurde entweder durch allgemeine Narkose oder durch das Schleich'sche Infiltrationverfahren bewirkt; zuerst wurde eine 2 cm breite Zone der Cutis im Bereiche des ganzen Umfanges infiltrirt, von da aus radiär bis zum Centrum des Herdes das subcutane Gewebe. In gleicher Weise wurde bei der Entnahme des Lappens verfahren.

Die Exstirpation muss im Gesunden erfolgen und das Terrain vor der Berührung mit tuberkulösem Material behütet werden. Doch ist gleich das plastische Resultat im Auge zu behalten und eventuell bei Betheiligung der Schleimhäute mit kleinen Recidiven am Rande zu rechnen, die sich durch Ustion und Excochleation beseitigen lassen. Zur Bestimmung der Exstirpationgrenze eignet sich der Glasdruck, weniger das Tuberkulin, das eine mehr oder weniger unregelmässige Reaktionzone erzeugt.

Was die Plastik anlangt, so liessen sich durch die Naht Defekte verkleinern, einzelne Winkel und Buchten direkt schliessen. Die Transplantation wurde besonders mit ungestielten Lappen nach Krause vorgenommen, die von der Streckfläche der Oberschenkel entnommen wurden. Das Fett wurde von den Lappen sorgfältig abgetragen, bis die grauglänzende Cutis zum Vorschein kam. In der Excisionwunde wurde durch Compression mittels eines in physiologische Kochsalzlösung getauchten Tampons die Blutung gestillt, nachdem möglichst wenig Unterbindungen gemacht worden waren. Der Lappen wurde alsdann auf den Defekt gebracht und mit feinen Seidennähten möglichst ideal angenäht. Verband mit Borvaseline auf Lint gestrichen, nach 4 Tagen erster Wechsel, nach 8 bis 10 Tagen Entfernung der Nähte. In 3—5 Wochen war die Heilung vollständig. Bei der Transplantation nach Thiersch wurden die Lappen möglichst gross gewählt; das Verfahren erschien zweckmässig an Stellen, an denen eine unverschiebliche oder nur wenig verschiebbare Unterlage vorhanden ist oder an denen die Schrumpfung nicht schadet, wie am Oberschenkel, Rumpf, an der Stirn, am Nasenrücken. Am Augenlide, Nasenflügel, an den Gliedern, besonders an Stellen mit nicht sehr guter Cirkulation empfiehlt sich die Anwendung gestielter Lappen.

Naturgemäss eignet sich immer nur ein gewisser Bruchtheil der Fälle für die Radikaloperation; entschliesst man sich aber möglichst früh dazu, so wird dieser Bruchtheil sich zweifellos vergrössern. Wermann (Dresden).

249. **Behandlung des Lupus erythematosus**; von Prof. Hebra. (Wien. med. Wchnschr. XLIX. 1. 1899.)

H. behandelte 6 Kranke mit Lupus erythematosus mit äusserlicher Anwendung von Alkohol und erzielte äusserst günstige Resultate. Der Alkohol wirkt durch die bei der Verdunstung entstehende Kälte und durch Wasserentziehung. H. verordnete absoluten Alkohol, Schwefeläther und Spiritus menthae piperitae zu gleichen Theilen; damit angefeuchtete Wattetampons wurden wiederholt und häufig auf die erkrankten Hautstellen aufgelegt. Der gleichzeitige Gebrauch von Seife ist zu vermeiden, 2 Kranke mit akutem Lupus erythematosus wurden in 3 und 4 Wochen durch das Verfahren geheilt und auch in 4 Fällen von chronischem Lupus erythematosus trat binnen Kurzem Heilung, bez. Besserung ein. Wermann (Dresden).

250. **Ueber Syphilis.**

Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie. 1. Theil: *Die Syphilis der Nase;* von Dr. Anton Lieven in Aachen. (Klin. Vortr. a. d. Gebieten d. Otol. u. Pharyngo-Rhinol. II. 10. 1898.)

Dieses Heft enthält den ersten einer geplanten Reihe von 4 Vorträgen, von denen der 2. bis 4. die Syphilis der Mundrachenhöhle, die Syphilis des Kehlkopfes und die Therapie der Syphilis der oberen Luftwege besprechen sollen. In diesem 1. Vortrage erörtert L. mit grosser Sach- und Literaturkenntniss die syphilitischen Erscheinungen der Nase, insbesondere wird auch die Differentialdiagnose zwischen den luetischen Veränderungen und anderen ähnliche Erscheinungen machenden Erkrankungen eingehend gewürdigt. Der Vortrag kann zu anregendem Studium des praktisch so wichtigen Capitels sehr empfohlen werden.

Rudolf Heymann (Leipzig).

De la dysphagie douloureuse de l'arrière-gorge comme signe permettant de diagnostiquer la syphilis aux 3 périodes; par De Stella. (Belg. méd. VI. 16. p. 481. 1899.)

De St. untersuchte die Kranken der Eeman'schen Klinik, um die Richtigkeit des Satzes von Garel (Jahrbb. CCLXI. p. 42): fast in allen Fällen, in denen Schlingbeschwerden länger als 3 Wochen anhalten, liegt Syphilis zu Grunde, zu prüfen. Nach Ausschluss von Conkrementen der Mandeln, chronischen Abscessen, Tuberkulose und Krebs fanden sich 15 Fälle, in denen die Kranken über länger dauernde Schlingbeschwerden klagten; in allen liess sich Syphilis als die Ursache nachweisen und durch specifische Behandlung eine schnelle Besserung herbeiführen. Die Syphilis kann in jedem Stadium auf den Rachenorganen Platz greifen. Der Schanker der Mandel ist nicht so selten, wie gemeinhin angenommen wird; charakteristisch sind der einseitige Sitz, der heftige Schmerz, die Erfolglosigkeit der üblichen Behandlung der Tonsillitis, die submaxilläre Drüsenschwellung auf derselben Seite.

Die sekundär-syphilitische Angina kann ganz das Bild einer gewöhnlichen Angina darbieten mit Fieber, Schlaflosigkeit und gastrischen Beschwerden. Auch in diesen Fällen führen die lange anhaltenden Schlingbeschwerden zur Diagnose Syphilis.

Bei der tertiären Syphilis werden die Schmerzen durch die die Ulceration umgebende Entzündungzone verursacht. Bisweilen bestehen nur leichte Anschwellungen mit geringer Geschwürsbildung im Centrum. Der Sitz der tertiär-syphilitischen Erkrankung ist oft nur durch die Rhinoscopia posterior zu erkennen.

Es geht hieraus hervor, dass das Symptom der länger anhaltenden Schlingbeschwerden in jedem zweifelhaften Falle den Arzt daran denken lassen muss, dass Syphilis der Erkrankung zu Grunde liegen könnte und dass eine antisyphilitische Behandlung am Platze ist.

Leukoplacie et épithélioma primitif de la voûte palatine chez un ancien syphilitique; par J. Brault. (Ann. de Dermatol. et de Syph. IX. 4. p. 364. 1898.)

Ein 69jähr. Seemann von kräftiger Constitution hatte seit 2 Monaten an heftigen Schmerzen zu leiden und ein Geschwür am harten Gaumen bemerkt. Vor 40 Jahren war er syphilitisch inficirt worden, es folgten leichte sekundäre Erscheinungen, später eine syphilitische Hodenentzündung und eine doppelseitige Chorioideitis, welche Erkrankungen auf energische antisyphilitische Behandlung verschwanden. Vor 2 Jahren verbrannte der Kr. sich den Gaumen mit heissem Wasser und bemerkte seitdem eine Abstossung der Schleimhaut in der Form kleiner Häute, bis sich an derselben Stelle das Geschwür entwickelte, von der Grösse eines Frankstückes, mit grauem Grunde und freigelegtem Knochen, leicht blutenden, leicht gewulsteten indurirten Rändern. In der Umgebung weisslich verfärbte Schleimhautfetzen, in der Abstossung begriffen. Beiderseits Schwellung der Submaxillardrüsen, rechtseitige Schwellung der Drüsen unter dem Proc. mastoideus. Der Kr. klagte über heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen im Ohr und in der rechten Augenhöhle.

Des Trostes wegen wurde auf den lebhaften Wunsch des Kr. hin eine antisyphilitische Behandlung vorgenommen, ausserdem die Czerny'sche Methode der Aufpinselungen von arseniger Säure auf das Epitheliom angewendet. Nach 4 Wochen hatte sich der Allgemeinzustand erheblich verschlechtert, die Drüsenschwellung hatte zugenommen, die Schmerzen waren unerträglich geworden. Nach 3 Monaten Tod.

Die mikroskopische Untersuchung eines dem Geschwür entnommenen Stückchens hatte die Diagnose Epitheliom bestätigt.

Beitrag zur Histologie der gummösen Lymphome; von Dr. Georg Löwenbach. Mit 1 Tafel. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 1. p. 71. 1899.)

Ein 24jähr. Pat. der Dr. Joseph'schen Poliklinik in Berlin, 1886 syphilitisch inficirt, wurde 1889, als wieder eine Roseola auftrat, zum ersten Male antisyphilitisch mit Schmierkur behandelt. 1891 Verheirathung und Infektion der Frau. 1892 Calomelinjektionskur wegen breiter Condylome. October 1893 Schwellung der rechten Achseldrüsen zu einem höckerigen Tumor von Faustgrösse. Besserung nach Jodkalium. Exstirpation der Geschwulst; die Drüsen liessen sich leicht einzeln herauslösen; sie stellten ein halbes Dutzend von fibröser Kapsel überzogener derber grauer Knollen bis Apfelgrösse dar. Auf dem Durchschnitte zeigte sich das Parenchym röthlich-grau, weich, von markig homogenem Aussehen und speckig-wachsigem Glanz.

Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich weder um ein gewöhnliches Gummi, noch um einen indolenten Bubo handelte, sondern um ein Lymphom, das einem grosszelligen Sarkom oder Endotheliom sehr ähnlich sah. Es bestand nämlich aus von bindegewebigen Zügen umsponnenen grossen, epitheloiden Zellen (von den Endothelien der Lymphwege abstammend), sowie aus ganz sonderbaren, unregelmässig gestalteten Riesenzellen mit reichlichem Protoplasma und 1—5 sehr grossen Kernen. Da indess die Drüsenkapsel und die Umgebung von der Wucherung frei geblieben waren, und im Bindegewebe sich neu gebildete junge elastische Fasern fanden, andererseits eine syphilitische Arterienerkrankung nachzuweisen war, musste der Tumor nicht als Sarkom, sondern als im Spätstadium der Syphilis entstandenes, eigenartiges Lymphom angesprochen werden. Die Geschwulst weist eine merkwürdige Analogie mit den neuerdings von Sternberg beschriebenen eigenartigen tuberkulösen Lymphomen auf; der einzige Unterschied war, abgesehen von dem Befunde von Tuberkelbacillen, der Ausgang in anämische Nekrose und Verkäsung bei dem tuberkulösen Lymphome, bei dem syphilitischen dagegen die Neigung zur bindegewebigen Narben- und Schwielenbildung, welche letztere Eigenschaft für viele syphilitische Granulationengeschwülste gegenüber den tuberkulösen charakteristisch ist.

Syphilides hypertrophiques géantes de la face; par Emery et Glantenay. (Ann. de Dermatol. et de Syph. IX. 4. p. 352. 1898.)

Ein 39jähr. Mechaniker, im Juli 1897 syphilitisch inficirt, erkrankte im Januar 1898 mit starker Coryza; in der Nasolabialfurche bildete sich eine Erosion, die mit Krusten bedeckt war und bei der Entfernung der Krusten häufig gereizt wurde. Im Beginne flach und oberflächlich, wurde sie papulös, und es entwickelte sich alsbald eine Geschwulst von der Grösse einer Haselnuss und von papillomatösem Aussehen. Keinerlei Schmerzen, keine Drüsenschwellung in der Nachbarschaft. Eine kleinere ähnliche Geschwulst am Kinn. Mit Krusten bedeckte Plaques in den Mundwinkeln, ausgebreitete Erosionen und Plaques der Mundschleimhaut.

Eigenartig ist der Sitz der hypertrophischen syphilitischen Vegetationen im Gesicht, während sie in der Umgebung der Genitalien und des Anus nichts Seltenes sind. Für die Entstehung des Tumor in der Umgebung der Nase können in ähnlicher Weise, wie bei den Vegetationen in der Genitalregion, äussere Reizzustände (lange Coryza,

Kratzen, Excoriationen) verantwortlich gemacht werden.

Un cas de frottement sous-scapulaire d'origine syphilitique; par Audry et Féré. (Ann. de Dermatol. et de Syph. X. 1. p. 82. 1899.)

Ein 50jähr. Mann, 1880 syphilitisch inficirt, wurde damals mit Protojoduretpillen behandelt, später Plaques muqueuses im Munde, gleiche Behandlung. 1894 ausgedehnte oberflächliche ulceröse Syphilide auf dem rechten Arme und linken Schenkel. 1897 trat unter dem rechten Schulterblatte ein Reiben auf; der Kr. fühlte sich im Gebrauche des Armes behindert, und hatte bei Bewegungen Schmerzen am Spinalrande des Schulterblattes; später fühlte der Kr. selbst das Reiben.

Zur Zeit keinerlei subjektive Symptome, weder Schmerzen, noch Behinderung in der Bewegung. Der Kr. hatte starke Dosen Jodkalium genommen. Bei herabhängendem Arme schien das rechte Schulterblatt etwas abzustehen. Keine Deformität des Schulterblattes, keine Muskelatrophie. In der unteren Partie der Fossa infraspinata war eine derbe Verdickung fühlbar. Beim Bewegen des Armes deutlich knirschendes Reiben in der Höhe des Schulterblattes. Während dieses zuerst von Weitem hörbar war, war es nach Einleitung der Schmierkur bald nur noch bei Berührung fühlbar. Hyperostose des ganzen rechten Schlüsselbeines. Die Entstehung des Reibens muss auf eine syphilitische Hyperostose der tiefliegenden Fläche des Schulterblattes bezogen werden. Die ungenügende Behandlung der Syphilis, die Narben der tertiären Syphilide, das Bestehen der Hyperostose des Schlüsselbeines sprechen zu Gunsten dieser Annahme.

De la fréquence des lésions tertiaires sans antécédents chez la femme dans le milieu hospitalier et de son importance en clinique et en pathologie; par Ch. Vinnay. (Ann. de Dermatol. et de Syph. IX. 10. p. 879. 1898.)

V. berichtet über 100 Fälle von typischer Tertiärsyphilis bei Frauen, aus der Abtheilung von Cordier, die alle durch den Erfolg der specifischen Behandlung diagnostisch sicher erwiesen sind. 76 Fälle betrafen Hauterkrankungen (Gummen in 71 Fällen, Palmar- und Plantarsyphilide in 5 Fällen), 19 Fälle Schleimhauterkrankungen (6mal des Gaumens, 2mal der Zunge, 11mal am Anus und an den Genitalien); 12 Fälle Knochenerkrankungen (4mal des Schädels, 2mal der Nase, 6mal der Tibien). In 52 Fällen liess die Anamnese hinsichtlich der früheren Syphilis in Stich, zweifellose specifische Erkrankungen waren nur in 32 Fällen vorausgegangen, in 16 Fällen waren Aborte, Fehlgeburten, früher Tod der Kinder erfolgt, ohne dass eigentliche syphilitische Erscheinungen bestanden hätten. Die Abwesenheit früherer specifischer Erkrankungen spricht demnach nicht gegen die syphilitische Natur einer ihrem Aussehen nach tertiären Erkrankung bei der Frau; ferner ist nach V. jede Erkrankung der Frau im Krankenhause, als deren Ursache in 48% Syphilis gefunden wird, syphilitisch. Da dieser Umstand für die Tabes, die Paralyse, das spontane Aneurysma zutrifft, so hält V. den syphilitischen Ursprung dieser Erkrankungen für erwiesen, wobei der Einfluss anderer ursächlicher Momente, die den Boden durch das Syphilisgift vorbereitet finden, nicht ausgeschlossen ist.

Ein Fall von frühzeitiger tertiärer Syphilis; von Dr. A. Grosglik. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 8. p. 404. 1899.)

Ein 45jähr. Kr. hatte vor 1½ Jahren einen harten Schanker bekommen, 4 Wochen später Roseola und Angina syphilitica; häufige Recidive von papulösem Exanthem und Condylomen, diffuse Alopecie. Die Behandlung war fast ein ganzes Jahr durchgeführt worden; der Kr. hatte 60 Einspritzungen und 60 Einreibungen erhalten, dazwischen Jodkalium. Vor 5 Monaten Anschwellung des linken Kniegelenkes, Schmerzhaftigkeit und erschwerte Beweglichkeit. Schlaflosigkeit, häufige besonders Nachts auftretende Kopfschmerzen. Vor 3 Monaten Anschwellung des linken Hodens und Vergrösserung der linken Scrotalhälfte, seit einigen Wochen Schmerzen im linken Ellenbogen- und rechten Schultergelenke. Pat. hatte nie Tripper gehabt. Die Untersuchung ergab eine zum Theil gummöse Osteoperiostitis der oberen Epiphyse der linken Tibia, syphilitische Gonitis, syphilitische Gelenkerkrankung des linken Ellenbogens und der rechten Schulter, linkseitige syphilitische Sarko- und Hydrocele. Unter specifischer Behandlung rasche Besserung sämmtlicher Krankheiterscheinungen, die allmählich völlig zurückgingen.

Die Gonitis schien erst sekundär im Gefolge der Knochenerkrankung aufgetreten zu sein, wenigstens wiesen die Erkrankungen der anderen Gelenke zur Zeit nur Knochen- und Knochenhautentzündungen auf, noch kein Exsudat; das letztere wäre wohl später aufgetreten, wenn nicht die Behandlung eingegriffen hätte. Auch die Erkrankung des Hodens dürfte der Hydrocelenbildung vorangegangen sein.

Die tertiären Erkrankungen traten in diesem Falle schon am Ende des ersten Jahres auf, obwohl eine energische Behandlung vorgenommen worden war. In gewissen Fällen ist demnach auch eine solche nicht im Stande, das frühzeitige Auftreten tertiärer Syphilis zu verhüten. Woran dieses liegt, entzieht sich der Beurtheilung. Möglicherweise sprechen hierbei die „Widerstandsfähigkeit" des Betroffenen, die verschieden schnelle Vermehrung der syphilitischen Mikroorganismen oder die etwaige „mehr weniger gefährliche Varietät" derselben eine Rolle.

Ueber tertiärsyphilitische Mastitis; von Dr. Reinecke. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 8. p. 316. 1899.)

R. berichtet über den Sektionbefund bei einer späten syphilitischen interstitiellen Mastitis aus dem städtischen Krankenhause zu Hannover.

Die 37jähr. Kr. hatte in der rechten Achselhöhle und am Halse kleine harte indolente Drüsen aufgewiesen, in der Haut der linken Brustdrüse nahe der Warze einzelne schmerzhafte erbsengrosse, nicht ulcerirte, röthliche Knötchen. Leber und Milz waren vergrössert, die Harnmenge vermindert, 1% Eiweiss im Urin. Der Tod erfolgte im urämischen Koma. Die *Sektion* ergab Amyloid der Milz und Nieren, ausgebreitete gummöse Erkrankung der Leber.

Die röthlichen harten Knoten der Mamma zeigten eine Vermehrung des interlobulären und intralobulären Bindegewebes, das theils in chronisch entzündlicher Wucherung befindlich, theils schon sklerosirt war, das Drüsengewebe war atrophirt und degenerirt, von Schwielen durchsetzt; eigentliche Gummata waren nicht nachzuweisen. Unter Ausschluss der anderen sonst in Frage kommenden Ursachen für die Mastitis und unter Berücksichtigung der schweren gummösen Lebererkrankung war die Erkrankung als syphilitische aufzufassen. Der Umstand, dass die kleinen Arterien in den Herden der Mamma Verdickung und zellige Wucherung der Media, wie auch der Intima aufwiesen, sprach ebenfalls für die syphilitische Natur der Erkrankung.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit Mercuriol; von Dr. G. Åhman. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 1. p. 15. 1899.)

Å. behandelte in der Welander'schen Klinik in Stockholm eine Anzahl Syphilitiker mit Mercuriol, einem grauen, ziemlich lockeren, fest anhaftenden Pulver, das 40% Hg in äusserst feiner Vertheilung in der Form eines Mischamalgams mit Aluminium und Magnesium enthält. Es sollte als Ersatz der grauen Salbe dienen, die nach der Methode Welander's auf die Innenfläche eines auf der Brust zu tragenden Säckchens gestrichen wird (vgl. Jahrbb. CCLVIII. p. 144). Das Mercuriol, in dem Säckchen ausgebreitet und der Einwirkung der Luft und Feuchtigkeit ausgesetzt, zersetzt sich, wobei die amalgamischen Metalle oxydiren, während gleichzeitig das Hg nach und nach frei wird. Das Säckchen wurde am Rande durch Knöpfe zusammengehalten und täglich mit 5 g Mercuriol beschickt; am besten eignen sich zur Herstellung des Säckchens Zeugsorten, die an der einen Seite wollig sind; in sie dringt das Mercuriol ausserordentlich leicht ein. Die Dauer der Kur betrug 30—40 Tage, während welcher Zeit dasselbe Säckchen benutzt werden konnte. Bei 30 auf diese Weise behandelten Kranken wurde eine Untersuchung des Harns auf Hg von dem Apotheker Schillberg vorgenommen und nachgewiesen, dass während der Kur das Hg in stets zunehmender Menge durch die Nieren ausgeschieden wurde in gleicher Weise wie bei den Einreibungen, den Ueberstreichungen und der Behandlung mit grauer Salbe im Säckchen. Gegen Ende der Kur war die Ausscheidung von Hg ausserordentlich reichlich. Weiter angestellte Untersuchungen ergaben, dass auch längere Zeit nach beendigter Behandlung, und zwar 49, 56, 58, 62, 73 und 78 Tage nach der Kur noch recht bedeutende Mengen Hg ausgeschieden wurden. Die therapeutische Wirkung der Mercuriolbehandlung war dieselbe wie bei den anderen Methoden der Hg-Behandlung. Die Einreibungskur übt natürlich auf einen syphilitischen Ausschlag auch eine lokale Wirkung aus, die die Kur mit dem Säckchen nur in viel geringerem Grade haben kann.

Leichte Stomatitis wurde bei der Mercuriolbehandlung in 3 Fällen beobachtet, in einem 4. Falle trat 8 Tage nach beendeter Kur eine ulceröse Stomatitis auf. Cylinder und Spuren von Eiweiss fanden sich bei der kräftigen Behandlung von 40 Tagen sehr oft, doch kam es in keinem Falle zu einer ernsten Hg-Vergiftung. Die Methode hat den Vorzug der Reinlichkeit und Annehmlichkeit für den Kranken.

Bemerkungen zu der die Einreibekur ersetzenden Quecksilbersäckchen - Behandlung Welander's; von Dr. Schuster. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 1. p. 107. 1899.)

Sch. bekam einen Kr. in Behandlung, der, vor 20 J. inficirt, über Nackenkopfschmerzen, Schwäche des Gehörs, Schlaflosigkeit, Abmagerung, Erschwerniss des Denkens zu klagen hatte. Jodkalium hatte keinen Erfolg gehabt, eben so wenig eine 24tägige Behandlung mit dem Quecksilbersäckchen. Im Harn konnte kein Hg nachgewiesen werden. Unter Schmierkur, pro Tag 5.0 g mit vorausgehendem Schwefelbad, Besserung innerhalb 14 Tagen und völlige Wiederherstellung nach 30 Einreibungen. In einem zweiten Falle von 30tägiger Säckchenkur bei einem Gesunden, während der täglich 5.0 g Salbe eingestrichen wurden und das Säckchen 1mal gewechselt wurde, fanden sich erst am 31. Tage Spuren von Hg im Urin. Bei an sich selbst angestellten Versuchen fand Sch., dass bei genügend langem und ruhigem Verhalten im Bett immerhin Hg in das Blut in beachtenswerther Menge überging, und zwar wohl nur durch die Lungenathmung. Sch. glaubt jedoch, dass mit der Säckchenbehandlung viel häufiger Misserfolge erzielt werden dürften, als mit der Einreibungskur. Bei Patienten mit trockener, nicht zum Schwitzen geneigter oder zu fetter oder stark behaarter Haut können nämlich bisweilen auch die Einreibungen wirkungslos bleiben, weil wenig oder fast gar kein Hg in das Blut gelangt; dieser Umstand dürfte beweisen, dass die Einreibungen nicht durch die Lungenathmung allein wirken. Die Merget'schen Versuche mit den Flanelles mercurielles (bei denen Quecksilberdünste aus einem mit dem Metall getränkten spongiösen Stoff eingeathmet werden, der Nachts auf das Kopfkissen gelegt, Tags um den Hals getragen wird) zeigten, dass bei dieser Methode ebenfalls Hg resorbirt wurde. Sie scheint sich aber in Frankreich keinen Eingang verschafft zu haben. Wermann (Dresden).

251. Ueber Tripper.

Bakteriologische Studien über den Gonococcus; von Dr. Siegfried Grosz und Dr. Rudolf Kraus. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLV. 3. p. 329. 1898.)

Die Einbringung von Gonokokken in den Conjunctivalsack von Kaninchen mit nachfolgender Vernähung des Auges brachte keine Gonokokkeninfektion hervor. Die intraperitonäale Injektion vermag bei Mäusen und Meerschweinchen den Tod der Thiere zu bewirken; der Sektionbefund am Peritonaeum war jedoch negativ. Eben so wenig gelang es, aus der Peritonaealflüssigkeit oder dem Blute Gonokokken zu züchten. Die Gonokokkenculturfiltrate vermögen weder bei Thieren, noch bei Menschen giftige Wirkungen auszuüben. Hingegen bewirkt die subcutane Injektion von abgetödteten Gonokokken bei Menschen lokale und fieberhafte Allgemeinreaktion.

Abgetödtete Bouillonculturen oder Culturfiltrate von *verschiedenen* Bakterien vermögen in der Harnröhre eine kurze eitrige Entzündung hervorzurufen. Gonokokkenculturfiltrate haben daher in dieser Richtung keine specifische Wirkung.

Typhus-, Cholera-, Staphylococcus aureus-Agarculturen auf 98° erhitzt, hemmen das Wachsthum der Gonokokken.

Beiträge zur Kenntniss der Biologie des Gonococcus (Neisser); von Dr. Taav. Laitinen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIII. 20. p. 874. 1898.)

Am besten bewährte sich L. für die Gonokokkenzüchtung der mit Cysten- oder Ascitesflüssigkeit gemischte Agar (bez. Bouillon). Der Gonococcus konnte 61 Tage auf diesem Nährboden leben. Die Schweineserumnutrosemischung und der Urinagar zeigten sich als sehr unsichere Nährböden.

L. prüfte die Alkali-, bez. Säurebildung der Gonococcuscultur und fand: während des ersten Tages tritt Säurebildung ein, später werden die Culturen mehr und mehr alkalisch, bis sie absterben und ein Abnehmen der Alkalimenge beginnt.

Bei Prüfung der Toxine kam L. zu folgendem Resultate: Reichlich gewachsene, sterilisirte Gonococcusculturen wirken auf Kaninchen in geringem Grade toxisch ein. Sie rufen eine lokale und eine allgemeine Reaktion hervor und der toxische Stoff scheint nahe mit den Bakterienleibern verbunden zu sein.

Eidotteragar, ein Gonokokkennährboden; von Dr. Steinschneider. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 18. 1897.)

1 Theil Hühnereidotter und 2 Theile 2proc. Agar gaben einen Nährboden, auf dem Gonokokken gedeihen. Jedoch ist er undurchsichtig. Zur Klärung benutzte St. Dinatriumphosphatlösung: der dann entstehende Nährboden war aber ungünstiger für das Wachsthum.

Ueber die Färbbarkeit des Gonococcus und sein Verhalten zur Gram'schen Methode; von Dr. M. Weinrich. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 6 u. 7. p. 258. 1898.)

Die von einigen Autoren behauptete Unsicherheit der Gram'schen Methode bei der Entfärbung der Gonokokken führt W. nur auf die Anwendung von Wasser oder von verdünntem Alkohol zurück. Statt des schlecht haltbaren Anilinwasser-Gentianaviolettes Ehrlich's empfiehlt er Carbolwasser ($2^1/_2$proc.) mit Gentianaviolett nach E. Fränkel, weil es haltbar ist und gleich gute Resultate giebt.

Er giebt folgendes Verfahren an: Die fixirten Trockenpräparate verweilen 1—3 Min. in Fränkel's Carbolgentianaviolett; darauf ohne mit Wasser abzuspülen 1—3 Min. in Lugol's Jodjodkalium, darauf ohne in Wasser abzuspülen in Alcohol. absolut., bis der abtropfende Alkohol eben farblos ist. Nach Beendigung der Gram'schen Färbung wird der Alkohol mit Wasser abgespült und mit Bismarkbraunlösung (Aq. 70.0, Bismarkbraun 3.0, Alkohl [96proc.] 30.0) nachgefärbt.

Beitrag zur Frage der Gonokokken-Toxine; von Dr. Schäffer. (Fortschr. d. Med. XV. 21. p. 813. 1897.)

Sch. prüfte das Verhalten der Gonokokkentoxine zur menschlichen Urethralschleimhaut. Er benutzte 3 Kranke mit Urethritis chronica, in deren Sekret keine Gonokokken nachzuweisen waren. Zur Verwendung kam im 1. Falle das Filtrat einer 4tägigen in Ascites-Fleischwasserbouillon gezüchteten Gonokokkencultur, im 2. und 3. das Filtrat einer 4, bez. 5 Tage lang in Ascites-Milzbouillon gezüchteten Reincultur (VI. Generation). Es wurden an einem Tage 3 Injektionen mit 6 ccm des keimfreien Filtrates gemacht und die Flüssigkeit wurde 5 Minuten in der Harnröhre gelassen. Es trat kurz darauf ein eitriger Harnröhrenkatarrh auf, der nicht lange dauerte und keine Gonokokken zu Tage förderte. Der flüchtige Charakter dieser Entzündung wird hervorgehoben im Gegensatze zu den chron. Entzündungen bei den gonorrhoischen Erkrankungen der Tuben. Sch. glaubt, dass an diesen noch lebende, wenn auch spärliche, Gonokokken betheiligt sein müssen. [Die Harnröhre, ein offenes Rohr, kann mit dem abgekapselten Tubensack in dieser Beziehung nicht verglichen werden. Ref.]

Ueber Gonokokkengift und Gonokokkencultur; von Dr. A. Wassermann. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 32. 1897.)

Aus abgetödteten Culturen, die auf Schweineserum mit Nutrose gewonnen waren, gewann W. ein specifisch wirksames, stark Entzündung erregendes Gift. Kleinste Mengen erzeugen Entzündung an der Applikationsstelle, Fieber, Lymphdrüsenschwellung, Muskel- und Gelenkschmerzen. In einem abgekapselten Abscess sterben in Folge Mangels an Sauerstoff die Gonokokken bald ab und dafür werden die entzündung- und fiebererregenden Gifte frei.

Ueber Immunität und Superinfektion bei chronischer Gonorrhöe; von Prof. J. Jadassohn. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIII. 1. p. 319. 1898.)

J. kommt zu dem Resultate, dass wir über Immunität beim Tripper nichts wissen. Superinfektion kommt in der ersten Zeit der Ehe vor, wenn der Mann chron. Gonorrhöe hat, die Frau inficirt und sich dann mit den umgezüchteten Gonokokken superinficirt. Zu diesen Beobachtungen kommen noch Experimente, Impfungen von 6 Kranken, die mit chronischer Gonorrhöe behaftet waren, mit virulentem Sekret anderer, akut Erkrankter. Die Berechtigung hierzu findet J. in der von Finger hervorgehobenen Erfahrung, dass die chronischen Gonorrhöen besser zu „heilen scheinen“ [sic!], wenn sie auf irgend eine Weise in ein akuteres Stadium übergeführt werden.

Die Resultate sind so vielseitig wie möglich: 1) Die chronisch gonorrhoische Schleimhaut reagirt durch eine Steigerung der Entzündung sowohl auf eine Vermehrung der eigenen Gonokokken, als auf eine Inoculation mit fremden. 2) Sie reagirt auf die eigenen Gonokokken nicht mehr mit akuter Entzündung, wohl aber auf fremde oder umgezüchtete. 3) Sie reagirt weder auf die eigenen, noch auf fremde Gonokokken; sie ist in diesem Sinne immun gegen akute Gonorrhöe (in anderem Sinne ist der Organismus nicht immunisirt: denn die chronische Gonorrhöe verhindert auch in diesem Falle nicht, dass ein anderes Organ, z. B. der Nebenhode, in akute Entzündung durch ihre Gonokokken versetzt wird).

Ueber die Abhängigkeit des Verlaufs der Urethritis von der Lokalisation der Gonokokken; von Dr. B. A. Drobny. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVI. 1. p. 29. 1898.)

D. legt Werth darauf, festzustellen, ob die Gonokokken *intra-* oder *extra*cellulär liegen. Je mehr extracelluläre Gonokokken es giebt, desto stürmischer und complicirter verläuft die Urethritis, je weniger, desto ruhiger. Er belegt diese Behauptung mit 77 darauf hin untersuchten Fällen und will die Kranken, bei denen die Gonokokken hauptsächlich im freien Zustande vorhanden sind, abwartend behandelt sehen.

Reinzüchtung des Gonococcus Neisser in zwei Fällen gonorrhoischer Metastase; von J. Jundell. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXIX. 2. p. 195. 1897.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine Tendovaginitis: im Exsudat und in den ausgekratzten Granulationen wurden durch Reinzüchtung und positiven Inoculationversuch am Menschen Gonokokken unwiderleglich nachgewiesen. Im Blute fanden sich nur Staphylokokken.

Im zweiten Falle, bei einer Gonitis, wurden im punktirten Exsudate gleichfalls Gonokokken durch Reinzüchtung und Inoculation einer späteren Generation dieser Zucht auf eine menschliche Harnröhre nachgewiesen. Der Blutbefund war wie in Fall I. In der Harnröhre des Kranken waren zur Zeit der Metastase keine Gonokokken mehr.

Die Arbeit enthält eine Zusammenstellung der bis dahin veröffentlichten ähnlichen Fälle.

Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Processes; von Ghon und Schlagenhaufer. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 24. 1898.)

Dem im Jahre 1895 veröffentlichten ersten Falle von Endocarditis gonorrhoica lassen G. u. Sch. einen zweiten folgen, dessen Untersuchung sie sehr sorgsam durchgeführt haben.

Die 18jähr. Pat. erkrankte etwa 6 Wochen vor ihrer Aufnahme in's Spital, und zwar kurz nach einem während der Menses erfolgtem Coitus, an akuter Gonorrhöe. Sie wurde aufgenommen mit der klinischen Diagnose septische Endokarditis und starb 3 Wochen nach dem ersten Schüttelfrost. Die *Sektion* ergab kurz Folgendes: Akute Endokarditis mit Wucherungen und Zerstörung an den Aortenklappen. Die Auflagerungen setzten sich von den Klappen weiter auf das Endokard fort und begrenzten bogenförmig einen tief in das Myokard des Ventrikelseptum reichenden Abscess. Weiter fanden sich Embolie der rechten Art. cruralis mit Gangrän des Beines; ein kleiner Abscess im Douglas'schen Raume; Harnröhren-, Scheiden- und Cervixtripper.

Die *bakteriologische* Untersuchung der endokarditischen Auflagerungen ergab sehr reichlich Gonokokken, sowohl intra-, wie extracellulär, andere pathogene Bakterien aber nicht. Im myokarditischen Abscess, im Abscess des Douglas'schen Raumes, im Sekret der Harnröhre fanden sich gleichfalls Gonokokken; in den Thrombusmassen *nicht*. In Culturen auf Hydrocelenserum- und Cystenserumagar gingen nach Aussaat der endokarditischen Beläge Gonokokken auf, und von einer 10. Generation derselben hatte Prof. Finger „die Liebenswürdigkeit“ [sic!], einem geeigneten Pat. etwas in die Harnröhre zu übertragen. Der Kr. bekam am 3. Tage eine typische Gonorrhöe. Von der weiteren histologischen Untersuchung sei hervorgehoben, dass im subepithelialen Bindegewebe und in den erweiterten Blutgefässen der Papillen an der Portio mit Gonokokken erfüllte Leukocyten gefunden wurden, dagegen keine in der Harnröhre oder der Abscesswand im Douglas'schen Raume. An der Harnröhre fanden sich reichlich polypöse Wucherungen der Papillen, die G. u. Sch. als Ausdruck einer starken aktiven Betheiligung des subepithelialen Bindegewebes an der gonorrhoischen Entzündung ansehen.

Die Untersuchung beweist wohl einwandfrei, dass die Endokarditis ausschliesslich durch Gonokokken bedingt war.

Hervorzuheben wäre das Fehlen einer Arthritis gonorrhoica.

Zur Frage von der gonorrhoischen Allgemeininfektion; von Dr. G. Åhman in Stockholm. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXIX. 3. p. 323. 1897.)

Å. gelang es, im Blute, das aus der Vena basilica eines an complicirter Gonorrhöe Erkrankten aspirirt war, Gonokokken nachzuweisen.

Der Pat. litt an Tripper, Blasenkatarrh, Hodenentzündung, Gelenkentzündungen, Sehnenscheidenentzündung und Nephritis.

Einem zweiten Pat. wurde eine 5. Generation der Blutkokken des ersten in die Harnröhre inoculirt. Er bekam ausser dem Tripper eine kurze Pneumonie (Infarkt?), Hoden-, Samenstrang-, Prostata- und Sehnenscheidenentzündung. In dem punktirten Ergusse der letzteren fanden sich Gonokokken.

Zwei Fälle von gonorrhoischer Allgemeininfektion (gonorrhoische Arthritis und gonorrhoische Iritis); von Dr. Ernst Lichtenstern. (Prag. med. Wchnschr. XXIII. 43. 44. 1898.)

In fast allen Fällen findet man ausser der Iritis Gelenkaffektionen, vor oder nach ersterer sich einstellend. In einigen Fällen geht der Iritis zunächst eine metastatische Conjunctivitis voraus. Ein solcher ist Fall 2.

3 Wochen nach der Infektion der Harnröhre, die mit starker Leistendrüsenschwellung einherging, trat starke Conjunctivitis auf; die wiederholte Untersuchung des Conjunctivalsekretes liess keine Gonokokken nachweisen. Dann erkrankten Knie-, Fuss- und Schultergelenke, gleichzeitig die linke Iris. Auf der Cornea bildete sich ein Infiltrat. Alles heilte in 7 Wochen, nur der Tripper überdauerte alle übrigen Erkrankungen mit gonokokkenhaltigem Sekrete. Im Blute gelang es nicht, Gonokokken nachzuweisen.

Ueber gonorrhoische Allgemeinerkrankung; von Dr. Schuster in Aachen. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XL. 2 u. 3. p. 181. 1897.)

Sch. rühmt die Merkurbehandlung bei schwerer gonorrhoischer Allgemeininfektion. Er berichtet über einen Kranken, der bei wiederholter Infektion jedesmal Iritis und Gelenkentzündungen bekam (u. A. an den Kiefergelenken, Clavikular- und Wirbelgelenken) und durch Inunktionen ohne Ankylosenbildung geheilt wurde. Syphilis lag nicht vor.

Bakteriologische Untersuchungen über Arthritis gonorrhoica; von Dr. Walter Rindfleisch in Stendal. (Arch. f. klin. Chir. LV. 2. p. 445. 1897.)

R. untersuchte bakteriologisch 30 akute Gelenkentzündungen, die offenbar oder wahrscheinlich mit Gonorrhöe zusammenhingen. Es waren

betroffen das Handgelenk 11mal, die Kniee 6mal, die Ellenbogengelenke 4mal, die Sehnenscheiden 4mal, das Handwurzelgelenk 2mal, die Bursa calcanei 2mal, Fingergelenk 1mal, Tibiosacral- und Lisfranc'sches Gelenk je 1mal.

In 18 Fällen fand R. Gonokokken, davon in 2 gleichzeitig Staphylokokken; in 3 Fällen waren nur Staphylokokken zu finden; in 9 Fällen keinerlei Bakterien.

Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung und das Vorkommen zahlreicher Involutionformen in den Präparaten sprachen gegen die Vermehrung der Gonokokken im Exsudate entzündeter Gelenke. Wahrscheinlich nimmt die Vegetation nach dem 4. bis 5. Tage sehr schnell ab.

Noch einmal der „Rheumatismus gonorrhoicus"; von Dr. J. A. Gläser. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 33. 34. 35. 1898.)

Für Gl. ist es noch immer eine ausgemachte Sache, dass der Tripperrheumatismus ein gewöhnlicher Rheumatismus ist, der zufällig einen Tripperkranken befällt. Aehnlich die Endocarditis gonorrhoica! Dass sich im Gelenkexsudat und in endokarditischen Wucherungen Gonokokken gefunden haben, bestreitet er nicht; er schreibt ihnen aber keine ätiologische Bedeutung zu. Die Gonokokken seien so klein, dass sie in die kleinsten Capillaren gelangen können: „so ist absolut nicht einzusehen, warum sie nicht da auftreten sollten, wo irgend welche Ernährungsstörungen, eventuell also Entzündungen, ihnen einen geeigneten Nährboden bereiten, und es ist viel weniger Ursache vorhanden, darüber zu erstaunen, *dass* es, als darüber, dass es so häufig *nicht* geschieht".

Die Arbeit beschäftigt sich im Besonderen kritisch mit Nasse (v. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 181), der die Diagnose: Arthritis gonorrhoica in zu weiten Grenzen stellt, und protestirt in sympathischer Weise gegen die experimentellen Impfungen von Gonokokken, die gewisse Autoren *nicht* in die eigene, sondern in die Harnröhre anderer Leute vorgenommen haben.

Zur Pathologie und Therapie der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen; von Loewenhardt. (Wien. med. Wchnschr. XLVIII. 45. 1898.)

Gegenüber Gläser betont L. zuerst, dass der Gonococcus stark pathogen ist und zweifellos entzündungerregend wirkt, sogar von seinen Toxinen gilt dieses.

Eine Eigenthümlichkeit der gonorrhoischen Gelenkentzündung ist die, in höherem Grade als jede andere sekundäre Gelenkerkrankung Granulationenbildung in der Synovialis anzuregen und bei subchronischem Verlauf zu Fixirung zu führen. Die Synovialis scheint das Lieblingsgewebe des Gonococcus zu sein: das Gewebe reagirt auf ihn anders, als auf Staphylokokken, denn die Eiterung ist nicht so stark, zu Einschmelzung und Nekrose neigt der Process nicht. Selbst im Blute scheint der Gonococcus sich nicht lange erhalten zu können; denn er vermag nicht die stürmischen Erscheinungen einer lang dauernden, schweren Allgemeininfektion zu erzeugen. Nur im Anfange der Invasion eines Gelenkes tritt Fieber auf, fällt aber meist rasch wieder ab, trotz Fortbestehens der Gelenkerkrankung. Verschiedene klinische Beobachtungen führt L. noch an, die für die specifische Natur des Processes sprechen. Schliesslich empfiehlt er besonders die Heissluftbehandlung.

Ischias gonorrhoica; von Prof. E. Lesser. (Verhandl. d. deutschen dermatol. Ges., VI. Congress. Wien 1899. Braumüller. p. 466.)

Ein Kranker bekam im 2. Monate seines Trippers Epididymitis, im 3. plötzlich unter Ansteigen der Temperatur Schmerzen von unerträglicher Stärke, besonders am Tuber ischii und in der Kniekehle, spontan, so dass er das Bein nicht bewegen konnte und auf leisesten Druck. Das Fieber war ungefähr 3 Wochen lang deutlich intermittirend, abends zwischen 38 und 39°, nur einmal aber, wie aus der Curve ersichtlich, ein halbes Zentel über 39°. L. glaubt, dass diese Intermittenz charakteristisch für die gonorrhoische Allgemeininfektion ist, und erklärt sie aus der Biologie des Gonococcus, dessen Entwickelung durch Temperaturen von 39—40° gehemmt wird. Er bildet bei dieser Temperatur keine Toxine mehr: in Folge dessen fällt die Temperatur des Kranken ab. Dann erholt sich der Gonococcus wieder und verursacht von Neuem Fieber. L. kann für dieses Verhalten nur 3 Fälle anführen. Daher will er diese Erklärung nur mit Vorbehalt aussprechen. Die Heilung trat nach 3—4 Wochen ein, in der Kürze dieser Zeit unterscheidet sich die gonorrhoische Ischias von der gewöhnlichen. Der Arbeit ist ein sehr brauchbares Literaturverzeichniss über Erkrankungen der peripherischen und centralen Nerven bei Gonorrhöe beigegeben.

Ein Fall von Stomatitis gonorrhoica; von Dr. Albert Jesionek. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXI. 1 u. 2. p. 91. 1898.)

Nach Besprechung der Literatur, besonders der Arbeit Rosinski's (Ueber gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXII. 1891) berichtet J. ausführlich über einen Fall.

In der 8. Woche des Harnröhrentrippers bekam der 20jähr. Pat., der als indolent und unsauber geschildert wird, eine beiderseitige eiterige Conjunctivitis mit Hornhautgeschwüren. Kurz darauf beiderseits Kiefergelenkentzündung mit Erguss; er konnte in Folge dessen den Mund nicht öffnen. Kurz darauf, entweder metastatisch oder in Folge Uebertragung des Augensekretes, entzündete sich die Mundschleimhaut, an Lippen, Wangen und Zahnfleisch in einer der merkuriellen Stomatitis sehr ähnlichen Weise, auf der Zunge in Form der Glossitis areata: Aufquellung und Eiterdurchsetzung des Epithels an umschriebenen Stellen; Foetor ex ore kam hinzu, aber keine vermehrte Speichelabsonderung. Weiter trat eine eiterige Entzündung der Caruncula sublinguales auf in einer an die gonorrhoische Entzündung der Tyson'schen Drüsen erinnernden Weise. Die hintere Zunge, Rachen und Gaumen blieben frei.

Nach Abwischen der Zunge wurde aus den Drüsen ihrer Oberfläche, ebenso aus den Carunculae sublinguales ein eiteriges Sekret ausgepresst, das intracellulär Diplo-

kokken enthielt, die sich durch Färbung und Entfärbung nach Gram und durch ihr culturelles Verhalten als Gonokokken erwiesen.

Es trat unter mildantiseptischer Behandlung Heilung ein.

Die metastatische gonorrhoische Augenbindehauterkrankung; von H. Becker. (Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden 1898. p. 85.)

Der Pat., der früher gesund gewesen war, erkrankte 7 Tage nach Beginn des Harnröhrentrippers, der nach Janet behandelt wurde, an beiderseitiger, katarrhalischer Bindehautentzündung, gleichzeitig an ödematöser Anschwellung der rechten Ohrmuschel und des rechten äusseren Gehörganges. Die Augapfelbindehaut war vorwiegend erkrankt, was von anderen Autoren in ähnlichen Fällen auch hervorgehoben wird. Die Lidschwellung war gering. Das Sekret, gering an Menge, enthielt keine Gonokokken. Dazu gesellte sich nach 3 Tagen eine Fussgelenkentzündung. Alles heilte rasch ab. 3 Wochen darauf jedoch stellte sich ein Recidiv ein: sowohl der Conjunctivitis, wie der Schwellung am Gehörgange, wie der Gelenkentzündung.

Die Bindehautentzündung heilte in 8 Tagen. Die anderen Complikationen waren weniger gutartig.

Zur Aetiologie der Epididymitis bei Gonorrhöe; von Dr. Siegfried Grosz. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 4. 1898.)

Ein Kranker litt an Tripper mit Entzündung des Vas deferens, des Nebenhodens, Hodens und seiner Hüllen. In den letzteren bildete sich ein Erguss, der Eiter enthielt und intracellulär gelagerte Gonokokken. Letztere wurden ausgesät und gediehen nicht auf Agar, aber auf Wassermann's Serumnutrosenährboden, und wurden nach Gram entfärbt. Aus dem Blute gelang es nicht, Gonokokken zu züchten. Der Befund spricht gegen den Orchiococcus Eraud's, von dessen Anwesenheit eine Epididymitis abhängen soll.

Zur Frage der Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis; von Dr. Walter Collan. (Wien. klin. Wchnschr. X. 48. 1897.)

C. punktirte die Cauda einer gonorrhoisch entzündeten Epididymis und wies in der spärlichen, blutiggefärbten Punktionflüssigkeit culturell Gonokokken nach. Andere Bakterien fanden sich dagegen nicht. Auch im Harnröhrensekrete nicht.

Ueber die Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis durch Guajakolapplikation; von Dr. Jaroslav Lenz. (Wien. klin. Rundschau XII. 4. 5. 6. 1898.)

Das Guajakol hat, wie bekannt, äusserlich oder subcutan angewendet, antipyretische und analgetische Eigenschaften. Französische Aerzte haben uns dieses gelehrt. L. bestrich in über 50 Fällen den entzündeten Hoden früh und abends mit 10proc. Guajakolvaselin und deckte Billroth-Battist darüber. Im Durchschnitte war nur eine $3^1/_2$tägige Behandlung nöthig, dann erfolgte Entlassung mit Suspensorium und erweichender Salbe (Zeissl's Salbe: Ext. Bellad. 1.0, Ungt. diachyl, Ungt. spl. ana 25 oder 10proc. Jodolsalbe, oder Ungt. ciner. dilut.). Das Guajakol macht zunächst heftiges Brennen; bald lassen aber die Schmerzen, Fieber und Schwellung nach. Ekzeme wurden nicht beobachtet.

Vereiterung der Leistendrüsen durch den Gonococcus; von Dr. H. Hansteen. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 3. p. 397. 1897.)

In einem Falle wies H. mit Sicherheit nach, dass der vereiternde Bubo eines Tripperkranken virulente Gonokokken und keine anderen pyogenen Bakterien enthielt.

Casuistische Beiträge zur Bedeutung der Prostatitis gonorrhoica glandularis; von Prof. E. Finger. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIII. 1. p. 209. 1898.)

Zur Diagnose dieser Complikation genügt die Digitaluntersuchung per anum nicht; weil die rein glanduläre Form keine fühlbare Veränderung macht; selbst eine periglanduläre Infiltration ist nach F. selten so mächtig, dass sie Form, Consistenz und Grösse der Prostata verändert. Die mikroskopische Untersuchung des ausgedrückten Sekretes ist daher das einzig verlässliche Mittel zur Erkennung der Prostatitis. Diese hat ausserordentliche Neigung zu jahrelangem, fast symptomlosem Bestehen, sie kann nach völligem Abheilen des gonorrhoischen Processes der Harnröhre als einziges Residuum zurückbleiben, kann aber nach äusseren Schädlichkeiten akute Erkrankungen der Harnröhre, Blase, Nebenhoden u. s. w. veranlassen. Charakteristisch für die Herkunft aus der Prostata ist den Tripperrecidiven eigen, dass sie als Urethritis posterior auftreten. Zu den genannten Schädlichkeiten gehören lange Eisenbahnfahrten, Radfahren und wiederholter Coitus.

Die mitgetheilten Fälle beziehen sich u. A. auf eine eigenthümliche Form von Epididymitis und Deferentitis. Diese bildete verschiedene, aneinander gereihte Knoten, die eine Tuberkulose vorgetäuscht hatten. Dabei bestand eine circumscripte Peritonitis, die man anfangs für eine Perityphlitis gehalten hatte. Das Prostatasekret war krümelig und enthielt zu Haufen gruppirte zahlreiche Eiterzellen, keine Mikroorganismen. Der akute Tripper lag 7 Jahre zurück. Alle Complikationen verschwanden allmählich.

In einem anderen Falle hatte die Prostatitis Hämospermie erzeugt: sowohl bei Pollutionen, bei schwerer Defäkation, wie bei der Digitalexpression wurde braunrothes Sekret zu Tage gefördert. Wurde die Prostata erst thunlichst entleert, dann urinirt, so gelang es mit dem Masseur *Feleki's* die Samenbläschen besonders auszudrücken: dabei kam ein milchweisses, keine Blutkörperchen führendes Sekret zum Vorschein.

Einem Manne, der einmal an Urethritis posterior gelitten hat, sollte der Eheconsens nie ertheilt werden, ehe nicht die Untersuchung des Prostatasekretes normale Verhältnisse, Freisein von Eiterzellen und Gonokokken ergiebt.

Ueber Spermatocystitis gonorrhoica; von Dr. Walter Collan. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. Erg.-Heft 2. 1898.)

15 Fälle liegen der ausführlichen Arbeit zu Grunde. Die Methode, den Inhalt der Samenbläschen für die Untersuchung zu erhalten, war folgende: In der Mehrzahl der Fälle kann man mit dem Finger die obere Prostatagrenze, die im Durchschnitte 9.2 cm vom Anus entfernt liegt, nicht er-

reichen; noch weniger die Samenbläschen. Es wurde daher das *Feleki*'sche Instrument benutzt und damit, nachdem durch einige Urinstrahlen die Harnröhre ausgespült worden war, zunächst die Prostata ausgedrückt; dann urinirt Patient, behält jedoch etwas Urin zurück. Dann wird der *Feleki*'-sche Masseur höher eingeführt und werden durch drückende, energische Bewegungen, nach rechts und links oberhalb der Prostata die Samenbläschen, „die man mit dem Instrumente nach einiger Uebung sehr gut fühlen kann", massirt. Die in der ausgepressten Flüssigkeit enthaltenen Globulinkörner wurden gewaschen und untersucht, zum Theil nach Härtung und Einbettung in Schnitten. In 9 von den 15 Fällen waren Gonokokken im Samen. Nur Einer dieser Kranken hatte vorher eine Epididymitis gehabt, was im Gegensatze zu der Meinung anderer Autoren hervorzuheben ist und beweist, dass die Spermatocystitis ohne vorausgegangene Epididymitis, also primär entstehen kann. In 4 Fällen war gleichzeitig die Prostata erkrankt und ihr Sekret enthielt Gonokokken. Ohne Erkrankung der Urethra posterior erkranken wahrscheinlich die Samenbläschen nicht. Die chronischen Erkrankungen auf gonorrhoischer Basis sind insofern wichtig, als nach Excessen in Venere, nach Pollutionen der Patient seine alte Urethritis von Neuem bekommen kann. Ein Theil jener immer wieder recidivirenden, unheilbaren Urethritiden ist auf Erkrankung der Samenbläschen, die in diesem Punkte dieselbe Rolle wie die Prostata spielen, zurückzuführen. Desgleichen die Entstehung einer akuten Epididymitis in den Fällen, in denen eine gleichzeitige gonorrhoische Erkrankung der Harnröhre oder Prostata nicht vorliegt. Es ist daraus die Pflicht zu entnehmen, in jedem Falle von länger dauernder Gonorrhöe, besonders vor Ertheilung des Eheconsenses, die Samenbläschen und die Prostata auf Gonokokken zu untersuchen. Schon Eitergehalt deutet darauf hin, dass sie erkrankt sind.

C. giebt ferner den Untersuchungbefund einer zufällig bei der Sektion gefundenen Spermatocystitis: Katarrh der Mucosa und Infiltration des subepithelialen Bindegewebes, Entzündung um die Drüsen und theilweise Verödung.

Die Symptome sind verschieden, je nach akuter oder chronischer, schwerer oder leichter Erkrankung. Hämospermie in verschiedenen Farbentönen: rosa, roth, braunroth, Schmerzen bei der Defäkation und Ejakulation, spontane Schmerzen, die gegen Lende und Kreuzgegend ausstrahlen, Blasenreiz bei normalem Urin, Schmerzhaftigkeit bei der Untersuchung per anum deuten auf Spermatocystitis; kein Symptom jedoch ist typisch und manchmal macht die chronische Erkrankung keine Erscheinungen. Die Vergrösserung, wenn sie gefühlt werden kann, sonst die mikroskopische Untersuchung sind für die Diagnose das Entscheidende.

Zur Kenntniss der Spermatocystitis gonorrhoica und ihre Beziehungen zur Ueberwanderung von Bakterien aus dem Darm in die Blase; von Carl Fuchs. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLV. 1. p. 117. 1898.)

Bei 2 Kranken, die mit Tenesmus und Hämaturie erkrankt waren, waren die Samenbläschen per anum als fingerdicke Wülste zu fühlen. Im Urin fanden sich gelatinöse, wurstförmige Klümpchen. F. härtete diese und fand in Schnittpräparaten Gonokokken und Bacterium coli-ähnliche Bakterien, ausserdem ganze Membranen von Epithelzellen sammt der Basalmembran, die, mit Samenbläschenepithel verglichen, diesem vollkommen ähnelten. Er folgert, dass das Sekret der Samenbläschen ein guter Nährboden für Gonokokken ist, dass in Folge starker Desquamation in diesen Erosionen entstehen, und wenn noch von Seiten des Mastdarmes eine Läsion hinzutritt, eine Ueberwanderung von Bakterien stattfindet.

Hämospermie; von Keersmaecker. (Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane X. p. 144. 1899.)

Auf Grund von 9 Fällen kommt K. zu dem Schlusse, dass bei Hämospermie in chronischen Fällen von Erkrankung der Sexualorgane das Blut in der Regel aus der Prostata stammt (Prostatitis haemorrhagica). Die blutigen Ejakulationen sind gewöhnlich schmerzlos. Die rost- oder chokoladenfarbige Beschaffenheit beruht nach K. auf einer bei Mischung von Blut und Prostatasekret auftretenden chemischen Reaktion.

Bei den *akuten* Entzündungen der Sexualorgane kann der Ort der Blutung des Oefteren ein anderer sein und ist dann durch sorgfältige Untersuchung immer nachzuweisen.

Hämospermie ist kein Symptom von Spermatocystitis.

Zur Diagnose der Urethritis posterior; von Sehrwald. (Ztschr. f. prakt. Aerzte Nr. 2. 1898.) Sond.-Abdr.

S. spült mit der Tripperspritze und mehrfachen Einspritzungen zunächst den vorderen Theil der Harnröhre gut aus. Dann macht er eine Injektion von $^1/_4$proc. Pyoctaninlösung, die er 5 Minuten darinnen lässt. Nach Wiederabfliessen spült er die Harnröhre wieder aus, und zwar so lange, bis die Spüllösung farblos abfliesst. Dann lässt der Kranke Urin. Enthält der Urin nur blau gefärbte Fäden, so beweist das, dass nur der Theil der Harnröhre secernirt, der von den gewöhnlichen Einspritzungen erreicht wird. Sind hingegen auch noch ungefärbte Fäden beigemischt, so geht daraus hervor, dass die Erkrankung sich auch noch auf Theile erstreckt, die den üblichen Einspritzungen nicht mehr zugängig sind.

Querleiste der Harnröhre und Prostatitis acuta gonorrhoica; von Goldberg. (Centr.-Bl. f. Chir. XXV. 5. 1898.)

Der Patient litt in Folge von Prostatitis an Harnverhaltung. Beim Katheterisiren traf der Katheter auf ein Hinderniss, 3 cm vom Meatus entfernt, das später bei endoskopischer Besichtigung als ein transversal verlaufender, harter 3 mm hoher Wulst der oberen Wand erkannt wurde.

Die isolirt primäre Gonorrhöe der paraurethralen Gänge; von Dr. R. Horváth. (Ungar. med. Presse III. 34. 1898. — Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVI. 1. p. 17. 1898.)

Die eigentlichen paraurethralen Gänge, die nicht selten beobachtet werden, sind die Drüsenöffnungen an den Labien des Orificium urethrae, die besonders bei Hypospadie zahlreich sind und noch durch die der blossliegenden Schleimhaut vermehrt werden. In 2 Fällen, die H. anführt, waren nun diese Gänge gonorrhoisch erkrankt und die Harnröhre gesund. [Ausgeschlossen scheint nicht, dass es sich um einen exacerbirenden chronischen Process handelte, der sich seit der Zeit einer früheren Harnröhrenerkrankung in den Gängen erhalten hatte, während die Harnröhre ausgeheilt war. Ref.]

Ueber Gonorrhoea recti; von Dr. Alfred Huber. (Wien. med. Wchnschr. XLVIII. 23—28. 1898.)

H. fand in Budapest bei venerischen Frauenzimmern in jedem 7., bei gonorrhoischen in jedem 4. Falle Rectalgonorrhöe. Als solche sieht er nur Erkrankungen an, bei denen Gonokokken im Rectalsekrete nachzuweisen sind. In 60% der Fälle fand er Letztere bei der ersten Untersuchung. Für die Entstehung ist anzunehmen, dass das Sekret von den Genitalien nach hinten läuft und dann noch mechanisch in den Anus gerieben wird. Die Rectalgonorrhöe wurde in der Mehrzahl der Fälle im Verein mit Urethral- und Cervikalgonorrhöe beobachtet; die isolirte Rectalgonorrhöe sieht H. „als Residuum einer längst verflossenen Cervikal- oder anderen Gonorrhöe“ an. Was die Symptome anlangt, so macht sie in den wenigsten Fällen subjektive Erscheinungen. Man bekommt sie daher nur zu sehen, wenn man sie sucht. Objektiv ist charakteristisch, dass man bei Besichtigung der Schleimhaut den Eiter nicht gleichmässig vertheilt, sondern tropfenförmig, den Follikelöffnungen entsprechend vorfindet. Es bestehen Follikulitiden und Perifollikulitiden als wichtigste und folgenschwerste Complikation. Geschwüre am Rectum schreibt H. nicht der Gonorrhöe zu, wenn auch ihr sekundäres Hinzukommen nicht zu leugnen ist. Strikturen werden dagegen durch die Gonorrhöe verursacht; im einzelnen Falle (namentlich wenn Gonokokken nicht mehr zu finden sind) wird die Unterscheidung von einer syphilitischen Striktur schwierig sein. Periproktitische Abscesse und Fisteln kommen natürlich zur Rectalgonorrhöe hinzu, was durch Krankengeschichten beleuchtet wird.

Die Specificität zum Unterschiede von andersartigen Fisteln und Abscessen ist durch den Gonokokkennachweis bewiesen.

Die Dauer der Rectalgonorrhöe ist unbegrenzt. Complikationen pflegen nur im akuten Stadium hinzuzutreten. Da das Leiden meist durch Autoinfektion entsteht, ist auf die Prophylaxe in Gestalt peinlicher Sauberkeit bei Genitalgonorrhöe mit profusem Ausflusse grosser Werth zu legen.

Ueber die Rectalgonorrhöe der Frauen; von Dr. Th. Baer. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 8. 1896.)

Von 191 an Gonorrhöe erkrankten Frauen des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt litten 67 (35.1%) an Rectalgonorrhöe. Das Ueberfliessen, bez. mechanische Hineinbringen des gonorrhoischen Genitalsekretes in das Rectum wird als Veranlassung angenommen.

Die Erkrankung macht nicht immer Beschwerden. Nur ein kleiner Theil der Kranken hatte Geschwüre am Analeingang. Das Sekret war gering. Zur Behandlung dienten Borwasserausspülungen und Ichthyolsuppositorien.

Zur Kenntniss der Vaginitis gonorrhoica; von Dr. Ludwig Mandl. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 1. p. 24. 1897.)

M. excidirte bei 3 Patientinnen (1 davon war Nullipara) mit klinisch festgestellter Vaginitis Schleimhautstückchen zur Untersuchung und fand Gonokokken im subepithelialen Bindegewebe.

Zur Existenz und Therapie der chronischen Vaginalgonorrhöe; von Dr. O. Bodenstein. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 42. 1897.)

Die Hartnäckigkeit mancher weiblichen Vaginalgonorrhöen liegt an der Erkrankung des hinteren Scheidengewölbes. Diese Lokalität ist sehr faltenreich und wird bei den gewöhnlichen Scheidenspülungen nicht ausgedehnt und genügend ausgespült. Ausserdem sitzt die Erkrankung und sitzen die Gonokokken nicht oberflächlich, sondern meist in der Tiefe des Gewebes.

B. empfiehlt daher einerseits bei den Ausspülungen durch Hineinlassen der Luft aus dem Rohre einen Aërokolpos zu erzeugen, wobei das hintere Scheidengewölbe entfaltet wird und Gelegenheit zu besserer Reinigung geboten ist; ferner aber mit Tampons das hintere Scheidengewölbe zu dilatiren (der mechanische Druck presst die Gonokokken heraus), weiter die Tampons mit 10proc. Ichthyolglycerin zu tränken, um mit dem dadurch entstehenden und nach der Oberfläche gerichteten Säftestrom die Gonokokken herauszuschwemmen. Dadurch entsteht eine des Plattenepithels beraubte, papilläre, leicht blutende Fläche; diese ätzt B. mit 5—20proc. Argentum-Lösung und kurirt so die uncomplicirten Gonorrhöen.

Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Gonokokken und anderen Bakterien im Sekrete des Cervix uteri bei scheinbar gesunden Prostituirten; von Dr. M. Kopytowski. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXII. 3. p. 34[illegible] 1895.)

Unter 92 klinisch diagnosticirten Gonorrhöefällen des Uterus waren Bakterien in 33, Gonokokken in 9 zu finden, unter 71 Fällen, in denen die klinische Diagnose nicht zu stellen war, waren Bakterien in 35, Gonokokken in 5 Fällen im Uterussekrete zu finden.

Ueber Gonokokkenbefunde im Genitalsekret der Prostituirten; von Dr. M. Kopytowski. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLV. 2. p. 163. 1898.)

Bei noch nicht behandelten, kranken Prostituirten fand K.: im eitrigen Harnröhrensekret in 60% der Fälle Gonokokken, im Sekret der Barth

lini'schen Drüsen in 25%, im Cervikalsekret direkt nach den Menses in 10%, im Cervikalsekret unter normalen Umständen in 9%. Bei der Prostituirtenuntersuchung ist demnach dem Sekrete der Harnröhre und der Bartholini'schen Drüsen mehr Beachtung zu schenken, als dem Vaginalsekrete.

Bemerkungen über venerische Katarrhe bei Frauenzimmern; von Prof. R. Bergh. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVII. 8. p. 392. 1898.)

Im Vestre-Hospital in Kopenhagen wurden im Jahre 1897 1783 Prostituirte behandelt, davon 699 an Urethritis, 226 an Cervikalkatarrh, 111 an vulvovaginalen Affektionen, 16 an Vulvitis allein, 10 an Vaginitis, 9 an rectaler Blennorrhöe.

Bei der Urethritis hatten 84% Gonokokken. 16% hatten ein weissliches Sekret, in dem bei 2—12 Untersuchungen nie Gonokokken gefunden wurden; oft scheint eine Gonorrhöe derartige Katarrhe zu hinterlassen; es ist noch zweifelhaft, ob diese urethrorrhoische Form wirklich nicht ansteckend ist. Von den Cervikalkatarrhen waren 52% gonorrhoisch. Auch da, wo kein Ausfluss aus der Cervix zu finden war, also ganz gesunde Verhältnisse vorgetäuscht wurden, enthielt doch das von den Wänden des Kanals Abgeschabte bisweilen Gonokokken. Die Kranken wurden nur nach wiederholter genauester Sekretuntersuchung entlassen. Wenn auch der negative Befund nicht überschätzt wird und einmal nach 12 negativ ausgefallenen Untersuchungen am 13. Tage doch wieder Gonokokken gefunden wurden, so kann der Untersuchung doch nicht aller Werth abgesprochen werden, wie es Kromayer thut: denn 1) wird doch eine Anzahl von Dirnen, obgleich vielleicht keine grosse, wirklich geheilt und vor Adnexerkrankungen geschützt, 2) werden, wenn diese Frauenzimmer während des ersten und besonders ansteckenden Stadium der Gonorrhöe in's Spital geschickt werden, viele Männer vor Ansteckung bewahrt.

Ueber den praktischen Werth des mikroskopischen Gonokokkennachweises bei Prostituirten; von Dr. Th. Lochte. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVII. 3. p. 115. 1898.)

L. untersuchte sämmtliche im Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg zur Aufnahme kommenden geschlechtskranken Frauen auf das Vorkommen von Gonokokken im Urogenitalsekrete.

Bei 172 Prostituirten wurden bei einmaliger Untersuchung 33mal (19.1%) Gonokokken in der Urethra gefunden, bei 228 *Nicht*-Prostituirten 72mal, also bei 31.5%; die Umhertreiberinnen wurden häufiger blennorrhoisch gefunden, als die Puellen aus festen Häusern.

129 Prostituirte waren klinisch unverdächtig; bei 21 (16.2%) wurden aber trotzdem Gonokokken gefunden. Im Cervikalsekret wurden bei 42 unverdächtigen Prostituirten 5mal Gonokokken gefunden.

Nun wurden bei 70 Prostituirten *wiederholte* Untersuchungen (398 Präparate) der Urethra und der Cervix gemacht: dabei wurden 27 (38.57%) gonorrhoisch gefunden. 60 davon waren klinisch unverdächtig: unter diesen liessen sich bei 21 Gonokokken nachweisen, also bei 35%.

Hieraus ergiebt sich, dass die durch einmalige Sekretuntersuchungen bei den Prostituirten erhaltenen Zahlenwerthe etwa um die Hälfte gegenüber den wiederholten Untersuchungen zu niedrig ausfallen.

Eine Zusammenstellung der Ergebnisse anderer Beobachter zeigt, dass *durchschnittlich 30%* der Prostituirten bei der mikroskopischen Untersuchung gonorrhoisch erkrankt gefunden wurden. Unter Anderen fand Neisser 1888 unter 574 Prostituirten 40%, 1889 unter 579 (nur Urethrasekret!) 19% specifisch krank; 37.76% der Gonorrhöen wurden von ihm erst mikroskopisch diagnosticirt. Die Zahlen kommen denen Lochte's sehr nahe.

Was ist mit diesen Zahlen gewonnen? Die Infektiosität kann bei negativem Befunde nicht ausgeschlossen werden: die klinische Erfahrung und die Analogie mit dem negativen Befunde bei der Sputumuntersuchung auf Tuberkelbacillen lehren dies. Also deckt sich die Zahl derer, bei denen Gonokokken gefunden wurden, nicht mit der Zahl der Infektiösen. Andererseits muss auch die Möglichkeit anerkannt werden, dass eine Prostituirte im Stande ist, die Vermittlerin einer gonorrhoischen Infektion zu sein, ohne selbst erkrankt zu sein. Ein grosser Theil derjenigen Prostituirten, die Gonokokken in ihrem Sekret haben, bietet *keine* klinischen Zeichen einer bestehenden Erkrankung dar. Es steht mithin die Zahl der Gonokokkenbefunde auch in gar keinem Verhältnisse zur Zahl der klinisch erkennbaren eitrigen Katarrhe der Genitalwege.

Der praktische Werth der mikroskopischen Resultate ist demnach nur ein halber. Wenn man aber die ca. 40% der Prostituirten, die mit Gonokokken behaftet gefunden worden sind, rasch und sicher heilen könnte, so wäre immer noch viel für die Prophylaxe der Gonorrhöe gewonnen und man müsste alles daran setzen, mit Hülfe des Mikroskopes diese 40% herauszufinden. Mit dem Erfolge der Therapie ist es aber leider nicht so bestellt: so hat Lappe in seinen statistischen Beiträgen zur Gonorrhöe der Prostituirten in Breslau (Allg. med. Centr.-Ztg. 1897) berechnet, dass 45.4% im Hospital wirklich geheilt werden, 54.6% demnach ungeheilt entlassen werden.

Es bleibt also 1) ein Theil infektionfähiger Puellen unentdeckt, 2) ein weiterer Theil ungeheilt — diesem schlechten Resultate gegenüber hält es L. nicht für gerechtfertigt, die viel Zeit und Geld kostende, regelmässige Sekretuntersuchung bei der polizeilichen Controle zu befürworten. Der klinische Standpunkt muss wie bisher maassgebend bleiben: beim geringsten Verdacht auf Gonorrhöe muss die betr. Prostituirte dem Krankenhause überwiesen werden.

Ueber die Gonorrhöebehandlung Prostituirter; von Dr. Gustav Behrend. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 6. 1898.)

B. verwirft die Untersuchung auf Gonokokken bei Prostituirten, weil das Vorhandensein klinischer Symptome der Gonorrhöe nicht immer mit positivem Gonokokkenbefund einhergeht und weil andererseits trotz des Fehlens klinischer Zeichen Gonokokken da sein können. Das intermittirende Auftreten von Gonokokken im Verlaufe einer Erkrankung führte zu Inconsequenzen, wenn man sich danach mit Beendigung oder Fortsetzung der Behandlung richten wollte.

B. will deshalb die klinischen Erscheinungen zur Grundlage der Behandlung machen. „Die Methode des mikroskopischen Gonokokkennachweises ist eigentlich von positivem Werth nur in den Fällen, in denen sie neben anderen Methoden überflüssig ist, und in anderen ist sie so wenig zuverlässig, dass wir lieber ganz auf sie verzichten."

Zur Frage der Prostituirten-Gonorrhöe; von Bruck. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 16. 1898.)

Br. betont im Gegensatze zu Gustav Behrend die Unmöglichkeit, in dieser Frage auf die bakteriologische Untersuchung zu verzichten. Da zahlreiche Prostituirte trotz fehlender klinischer Symptome der Erkrankung in ihrem schleimigen Genitalsekret Gonokokken haben, die auf keine andere Weise als mit dem Mikroskop zu constatiren sind, so darf man auf die mikroskopische Untersuchung nicht verzichten. Man ignorirt sonst trotz besserer Erkenntniss eine erkennbare Gefahr für die Volksgesundheit. Das soll der beamtete Arzt am wenigsten thun.

Ueber die Gonorrhöebehandlung Prostituirter; von Prof. A. Neisser. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 10. 1898.)

N. antwortet Behrend auf dessen Angriffe von seinem Standpunkte aus, dass die An- oder Abwesenheit von Gonokokken der Beurtheilung der Infektiosität eines Falles zu Grunde zu legen sei, dass der klinische Befund für dieses Urtheil unzuverlässig sei, dass (besonders in Rücksicht auf die Ehe und die Prostitution) die Frage nach der Infektiosität und nicht die nach klinischen Symptomen im Vordergrunde steht. Angesichts der Möglichkeit, dass man sich auch bei wiederholtem negativen Befunde noch irren kann, andererseits dem Zwange gegenüber, bei unheilbaren geringen klinischen Erscheinungen doch schliesslich einen Entschluss über die Entlassung aus der Behandlung zu fassen, hat man die Verpflichtung, *so gut wie möglich* festzustellen, ob der Patient, bez. die Patientin noch ansteckungfähig ist oder nicht. Die Berechtigung zu diesem Ausspruche giebt nur eine nach Aussetzen der Behandlung wiederholte, unter Umständen nach provokatorischen Maassnahmen wiederholte mikroskopische Untersuchung. Alle anderen Kriterien sind schlechter.

Für die Verhütung chronischer Erkrankungen ist das Mikroskop auch von Bedeutung, indem die frühzeitige Erkennung einer akuten Gonorrhöe bei beiden Geschlechtern zur Einleitung einer Behandlung führt, die die Gonokokken verschwinden macht, ehe die schwer oder gar nicht zugänglichen Lokalisationen in der Tiefe der Gewebe und in gewissen Organen sich herausgebildet haben. Die abwartende Behandlung versäumt dieses in vielen Fällen.

Die Zuhülfenahme der mikroskopischen Sekretuntersuchungen bei der Prostituirtenuntersuchung erleichtert die zeitige Entdeckung und kann durch den dadurch bedingten besseren Heilerfolg der Behandlung in grossem Maassstabe die öffentliche Gesundheit fördern.

Die trotz der Gonokokkenuntersuchungen möglichen Irrthümer und die vorhandenen Schwierigkeiten werden nicht verhehlt, sondern als Aufforderung zu weiterer Arbeit betrachtet.

Den Schluss der Arbeit bilden Beiträge über die Gonorrhöebehandlung Prostituirter.

Was antwortet der Arzt dem heirathswilligen Gonorrhoiker? von Dr. Ernst Kromayer. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 24. 1898.)

Es kommt K. darauf an, festzustellen, wie gross der Werth einer einzelnen Untersuchung auf Gonokokken mit negativem Resultate bei chronischem Tripper dafür ist, dass thatsächlich keine Gonokokken vorhanden sind. K. taxirt diese Wahrscheinlichkeit auf 1 : 4, d. h. unter 5 Gonorrhoikern, deren Urethralsekret bei einer einmaligen Untersuchung keine Gonokokken erkennen lässt, befindet sich nur Einer, der thatsächlich keine Gonokokken mehr hat, während 4 trotz des negativen Befundes Gonokokken haben. Wenn man aber bei 10maliger Untersuchung nichts findet, so berechnet K. auf Grund dieser Wahrscheinlichkeitannahme, dass dann unter 9 Patienten einer doch noch Gonokokken hätte. Allgemein gesagt, ist der negative Gonokokkenbefund eine Wahrscheinlichkeit, deren Grösse sich nach der Gewissenhaftigkeit, den Kenntnissen, den Fähigkeiten und der Erfahrung des untersuchenden Arztes richtet.

Das Gros der Specialärzte wird derselben allgemeinen Meinung sein. Die üblen Erfahrungen, die K. anführt, wird Jeder kennen. Man kann wiederholt bei einem Kranken, der noch Filamente hat, keine Gonokokken gefunden haben, plötzlich nach gewissen schädlichen Einflüssen hat er wieder welche. Oder er inficirt seine Frau; die Frau hat klinisch Gonorrhöe, der Mann Tripperfäden: unter Umständen glückt es weder bei der Einen noch beim Andern, Gonokokken zu finden. Oder aber ein Mann verkehrt Monate lang mit demselben Weibe, das vor langer Zeit eine akute Gonorrhöe gehabt hat; plötzlich hat er einen akuten Tripper mit Gonokokken, während bei der Partnerin keine zu finden sind.

[Obgleich die Ausführungen K.'s allgemein gehalten sind, so wäre bei der Schärfe, mit der er

sich ausspricht und speciell gegen Neisser Stellung nimmt, der mit allerdings befremdlichem Glauben an seine Unfehlbarkeit behauptet, dass er sich bei seinen negativen Befunden nicht mehr täusche, wäre eine genauere Angabe darüber zu wünschen, ob K. bei seinen Untersuchungen auch dem Prostatasekrete die nöthige Beachtung zu Theil werden lässt oder nur Harnröhrensekret und Fäden, von denen er allein redet, untersucht. Wenn man die Häufigkeit der Miterkrankung der Prostata und das latente Verhalten dieser Erkrankung im Auge behält, so wird man öfter Gonokokken finden und sich über das intermittirende Auftreten von Gonokokken oft nicht wundern, es sogar unter Umständen voraussagen können. Ref.]

Natürlich ist der negative Befund nicht ganz werthlos bei Mitbeachtung aller anderen Punkte. Besonders wichtig ist er für die Antwort, die dem Heirathscandidaten mit chronischer Gonorrhöe zu geben ist. Folgende drei Punkte soll dabei der Arzt berücksichtigen: 1) Der negative Gonokokkenbefund ist nicht sicher beweisend für das thatsächliche Fehlen der Gonokokken, es muss daher ein ausdauernder Versuch gemacht werden, die chronische Entzündung der Harnröhre zu beseitigen. Die gesammte Technik muss zu Hülfe genommen werden. 2) Ist es nicht gelungen, den Tripper zu heilen oder will sich der Heirathlustige weiterer Behandlung nicht unterziehen, so ist ihm die Sachlage klar zu legen und ihm selbst die Entscheidung zu überlassen. 3) Heirathet er unter diesen Umständen, so gebe man ihm den Rath, gewisse Vorsichtmaassregeln beim Beischlafe zu beachten, um eine Ueberreizung oder Erleichterung der Ansteckung zu verhüten.

Sterilität und Tripper; von Dr. Benzler. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLV. 1. p. 17. 1898.)

Den Zusammenhang zwischen Sterilität und Tripper des Mannes ziffernmässig zu studiren, giebt es zwei Wege: einmal festzustellen, wie häufig in sterilen Ehen Tripper vorangegangen ist, andererseits nachzuforschen, wie viele Tripperkranke später kinderlos geblieben sind. Die Fehler bei dem ersten Verfahren sind bedeutend, das Resultat fällt daher sehr verschieden aus. B. benutzte 3000 Trippererkrankungen, die in den Hauptbüchern des Garnisonlazareths Hannover geführt sind. Die Zahl schrumpfte bei den Nachforschungen auf 474 Leute zusammen, die während ihrer Dienstzeit an Tripper behandelt waren, später geheirathet hatten und von denen zuverlässige Mittheilungen über ihre Nachkommenschaft bekannt sind. Sterilität nahm B. nur dann an, wenn die Leute mindestens 3 Jahre kinderlos verheirathet waren. Das Resultat war folgendes:

Es hatten keine Kinder

nach einfachem (d. h. nicht mit Hodenentzündung complicirtem) Tripper .	38 —	10.5%
nach einseitiger Hodenentzündung . .	26 —	23.4
nach doppelseitiger Hodenentzündung .	10 —	41.7

Es hatten nur 1 Kind

nach einfachem Tripper	63 —	17.3%
nach einseitiger Hodenentzündung . .	15 —	13.5
nach doppelseitiger Hodenentzündung .	5 —	28.8

Für die Gesammtsterilität ergaben sich durch Addition für die drei Gruppen 27.8%, 36.9%, 62.5%.

Wie weit die Tripperinfektion der Frau an diesen Zahlen schuld ist, darüber enthalten die Zahlen natürlich keine Anhaltepunkte. Die Zahlen sind gross genug, um die Bedeutung der gonorrhoischen Hodenentzündung, besonders der doppelseitigen, klarzustellen.

Es sei auf das Literaturverzeichniss, das die Arbeit beschliesst, aufmerksam gemacht.

Ueber Gonorrhöe im Kindesalter; von Dr. Cnopf. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 36. 1898.)

Wie in verschiedenen Kinderspitälern wurden auch im Nürnberger Spitale Epidemien von gonorrhoischer Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen beobachtet. Am stärksten wurden die Kinder des zarten Alters betroffen: nämlich 415 standen im Alter von 0—6 Jahren. In 80% war die Genitalschleimhaut, in 20% die Conjunctiva, die zuerst afficirte. Unter 703 Kindern wurde die Erkrankung 7mal auf ein Sittlichkeitverbrechen, 8mal auf gegenseitiges Betasten der Genitalien zurückgeführt. In 98% der Fälle musste die Infektionquelle wo anders gesucht werden, und zwar vermuthet Cn., dass das Wartepersonal die Uebertragung besorgt. Die Endemien trafen wiederholt mit der Aufnahme eines an Ophthalmoblennorrhöe leidenden Mädchens zusammen und die an Vulvovaginitis Erkrankten befanden sich vorwaltend unter den Scharlach- und Masernkranken. Aehnliche Beobachtungen wurden auch in Heidelberg und Hamburg gemacht. Der angestrengte Pflegedienst bei den Infektionkranken erfordert, wenn auch nur ausnahmeweise, doch zeitweise des Nachts Vertretung durch die in verschiedenen Abtheilungen thätigen Schwestern. Auf diese Weise kann durch Schwestern, die am Tage ein augenblennorrhöekrankes Kind verpflegt haben, die Infektion einer kindlichen Genitalschleimhaut, die noch dazu durch das Ueberstehen eines exanthematischen Processes besonders empfänglich ist, vermittelt werden. Diese Vermuthung gewinnt dadurch an Wahrscheinlichkeit, dass seit 4 Jahren, seitdem blennorrhöekranke Kinder *mit* der pflegenden Schwester streng separirt gehalten werden, keine Verschleppung mehr stattgefunden hat.

Ueber Urethritis gonorrhoica bei Kindern männlichen Geschlechtes; von Dr. Victor Imerwol. (Arch. f. Kinderhkde. XXV. 5 u. 6. p. 377. 1898.)

Im. hat 10 Knaben im Alter von 1½—11 Jahre mit Gonorrhöe beobachtet, 2 davon mit chronischem Tripper, 2 mit Epididymitis. In 2 Fällen war die Infektion durch Coitusversuche erfolgt, in 2 war nichts zu eruiren, in den übrigen 6 Fällen war die Ansteckung durch Berührung, gegenseitiges „Spielen“ an den Genitalien, Gebrauch inficirter

Handtücher erfolgt. Das Zusammenschlafen der Kinder ist bei der Häufigkeit der Vulvovaginitis kleiner Mädchen, und der Verkehr der Kinder mit Dienstboten, Amme, Mutter, wenn diese gonorrhoisch sind, ist zwecks Prophylaxe der Erkrankung zu verbieten. (Schluss folgt.)

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

252. **Ueber Exstirpatio vaginae;** von A. Martin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 40. 41. 1898.)

1) *Exstirpatio vaginae carcinomatosae.* 61jähr. Frau, bei der etwa $1^1/_2$ cm über dem Introitus die carcinomatöse Infiltration begann. Die rechte und die hintere Seite der Scheide waren verdickt. Die Portio war in einen engen Krater mit zerfallenen Wänden verwandelt. Entsprechend dem andeutungsweise erkennbaren Hymenalring wurde cirkulär incidirt und zunächst im Bereiche der hinteren Hälfte des Introitus das Septum recto-vaginale bis beiderseits in den paravaginalen Raum eröffnet. Die ganze Scheide wurde herauspräparirt und Uterus und Scheide wurden in einem Stücke so excidirt, dass die erkrankte Oberfläche während der Operation nicht berührt wurde, und dass sie auch mit der Excisionwunde selbst nicht in Berührung kam. Der Wundtrichter wurde ringsum mit gesundem Peritonaeum bedeckt. Die Ablösung der Scheide in ihrer ganzen Peripherie gab eine genügende Oeffnung, so dass weder eine quere Perinäotomie, noch eine Scheidendammincision nothwendig erschien.

2) *Exstirpation der vorgefallenen Scheide mit dem prolabirten Uterus.* Die Erfolge der Colporrhaphie lassen nach M. ein radikales Vorgehen nur für die schwersten Fälle von Vorfall erlaubt erscheinen. M. theilt die Krankengeschichten von 10 von ihm operirten Frauen mit. Der leitende Gedanke des M.'schen Verfahrens [5 Abbildungen] war, den schlaffen Beutel, zu dem die Scheide in diesen Fällen geworden ist, mit sammt seinem Inhalte völlig zu beseitigen. Die Vulva wird straff zusammengezogen, darüber bildet sich eine breite Brücke verklebter Peritonäalflächen. Vulva und Peritonäalnarbe werden durch die retrahirende Wirkung der Ligamentstümpfe, auf die auch Schauta hingewiesen hat, erheblich eingezogen und festgehalten. Gelegentlich ist die Einziehung so stark, dass sofort eine Art vaginaler Trichter entsteht, den man dann durch eine Perinäopexis noch verstärken kann.

Die Verheilung erfolgte in den M.'schen Fällen prompt. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

253. **On fibromyoma of the vagina;** by John Philipps. (Brit. med. Journ. Febr. 4. 1899.)

Ph. beobachtete 2 Fälle von Fibromyom der Scheide.

1) Eine 36jähr. Frau suchte 1890 ärztlichen Rath wegen Schmerzen beim Beischlafe und Beschwerden in Brust- und Magengegend. Bei der Scheidenuntersuchung wurde eine wallnussgrosse Geschwulst im linken vorderen Scheidengewölbe gefunden. Schleimhaut darüber beweglich. Die Geschwulst wurde entfernt, die Wunde vernäht. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Fibromyom mit Ueberwiegen des fibrösen Gewebes. Alle Beschwerden sind geschwunden.

2) 49jähr. sehr nervöse Frau. 3 Jahre vor der Untersuchung durch Ph. (Februar 1898) wurde schon eine Geschwulst der unteren vorderen Scheidenwand festgestellt. Diese wuchs langsam. Ph. fand eine grosse, elastische Geschwulst, die von der Gegend der inneren Harnröhrenmündung bis zum oberen Beckenrande reichte und die Scheide derart verengte, dass sie nur für einen Finger durchgängig war. Die Gebärmutter war in die Höhe geschoben, retrovertirt. Die Geschwulst wurde ausgeschält, die zahlreichen blutenden Gefässe wurden mit Klemmen gefasst und die Höhle ausgestopft. Wegen Nachblutung mussten erneut Klemmen angelegt werden. Genesung. Die gelappte dreieckige Geschwulst wog 410 g. Mikroskopisch fanden sich fibröse und Muskelelemente.

1882 hat Kleinwächter 53 Fälle dieser Erkrankung zusammengestellt, von denen nicht alle ganz einwandfrei sind. Seitdem sind, eingeschlossen Ph.'s Fälle, weitere 29 bekannt geworden. Obwohl die Erkrankung schon bei Neugeborenen vorkommt, ist sie am häufigsten zwischen 40 und 50 Jahren. Die Grösse wechselt sehr; die schwerste Geschwulst war 5 kg schwer. Die Geschwülste können breit aufsitzen oder gestielt sein; am häufigsten sitzen sie an der vorderen Scheidenwand (in 23 von 29 Fällen). In 5 Fällen war die Geschwulst brandig geworden, 1mal war sie verkalkt, 1mal war ein Hämatom im Gewebe entstanden. In der Regel wachsen die Geschwülste sehr langsam. Bisweilen machen sie überhaupt keine Symptome, bisweilen machen sie Harnbeschwerden, Schmerzen beim Beischlafe, Verstopfung, Rückenschmerz, ziehende Schmerzen, Schmerzen beim Gehen und gewisse reflektorische Beschwerden. Unregelmässige Gebärmutterblutungen sind selten, dagegen können Blutungen aus der ulcerirten Geschwulstoberfläche auftreten. Die Geschwülste können Geburtstörungen machen, das Wochenbett kann durch Jauchung der Geschwulst complicirt werden und es kann schliesslich zur Bildung einer Blasenscheidenfistel kommen. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Scheidencysten, gestielte subseröse Gebärmutterfibrome, bösartige Neubildungen.

Als Behandlung empfiehlt sich die Abtragung der gestielten und die Ausschälung der breitaufsitzenden Geschwülste mit folgender Naht oder Tamponade. J. Praeger (Chemnitz).

254. **Hypertrophie glandulaire utéro-vaginale de nature bénigne simulant une tumeur maligne;** par le Dr. Sinéty. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 148. Févr. 1899.)

Bei einer 32jähr. Frau, die 2mal geboren hatte und an starkem Ausflusse litt, fand S. die Gebärmutter ziemlich gross, beweglich, den Gebärmutterhals weich. Rechts im Scheidengewölbe 3—4 cm vom Muttermunde wurde eine rundliche warzenartige, haselnussgrosse Geschwulst festgestellt, die sich leicht über dem unterliegenden Gewebe vorschieben liess und den Gebärmutterhals umgab.

Die Spiegeluntersuchung ergab, dass die Geschwulst aus verschiedenen durchscheinenden, weiss-graulichen Cysten bestand. Es handelte sich also um eine Anhäufung Naboth'scher Follikel an ungewöhnlicher Stelle, an der in der Regel keine Drüsen vorhanden sind.

J. Praeger (Chemnitz).

255. **Zur operativen Behandlung grosser Cervixmyome**; von Prof. H. Löhlein in Giessen. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 16. 1899.)

L. fand unter 350 Uterusfibroiden 14 Cervixmyome = 4%. Das numerische Verhältniss des Sitzes der Fibrome scheint also ziemlich genau das entgegengesetzte zu sein, wie das für die Carcinome der Gebärmutter. Bezüglich der Pathogenese der Fibromyome weist L. auf den gewaltigen Unterschied hin, der zwischen Collum und Corpus besteht hinsichtlich der Theilnahme an dem ovariellen Vorgange vor und bei der Menstruation.

L. theilt zunächst 2 Fälle von mächtig entwickelten Cervixmyomen mit, die in der Giessener Frauenklinik operirt wurden; beide Operationen nahmen einen günstigen Ausgang.

Bezüglich der Grenzen des vaginalen und des abdominalen Vorgehens bei Cervixmyomen ist nach L. in erster Linie die Weite und Nachgiebigkeit des Scheidenrohres neben der Grösse, bez. Verkleinerbarkeit der soliden Geschwülste maassgebend. Wo es sich um Nulliparae handelt oder um narbige Enge des Scheidenrohres, wo ein derber Tumor die Kindskopfgrösse deutlich überschritten hat, endlich überall da, wo Grund vorhanden ist, jeder Blutung so schnell und so nachdrücklich wie möglich entgegenzutreten, wird man nach L. von vornherein den abdominalen Weg bevorzugen. Bei der abdominalen Operation ungewöhnlich grosser Cervixmyome bevorzugt L. ferner die Totalexstirpation des Uterus.

Zur Vermeidung von Blasenverletzungen empfiehlt L., in schwierigen Fällen nach Durchschneidung der Bauchdecken bis auf das präperitonäale Bindegewebe noch einmal während der Operation eine mässige Füllung der Blase ausführen zu lassen, wenigstens überall da, wo die geringsten Zweifel bestehen, ob die sich darbietende Haut das Peritonaeum parietale ist oder nicht.

Im Anschlusse berichtet L. über 2 vor Jahresfrist mit gutem Erfolge ausgeführte Operationen. In diesen beiden Fällen wurde der Sitz der grossen Cervixmyome erst während der Operation erkannt. Das eine Mal führte die hohe supravaginale Abtragung des myomatösen Collum sammt dem aufsitzenden Corpus zum Ziele. Das andere Mal erschien die Exstirpation des myomatösen Collum hauptsächlich wegen der ungewöhnlichen Gefässversorgung des Tumor so gewagt, dass L. sich mit der Castration begnügte und damit einen unerwartet günstigen Erfolg hatte. Letzteres ist nach L. um so bemerkenswerther, weil im Allgemeinen die Indikation für die Castration bei Myomen *nicht* angenommen werden kann, wenn es sich um solche des Mutter*halses* handelt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

256. **Ueber Operationen bei vorgeschrittenem Uteruscarcinom**; von J. Veit in Leiden. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 15. 1899.)

Nach V. müssen weitere Verbesserungen der Erfolge beim Uteruscarcinom erreicht werden: 1) durch Vergrösserung der Zahl der nach den allgemein angenommenen Grundsätzen noch operirbaren Krebse, also durch frühere Erkenntniss des Leidens; 2) durch den Versuch, die Zahl der Recidive zu vermindern, also besonders durch die Frage, ob wir durch unsere Technik die Recidivgefahr, etwa aus Einimpfung vermindern können, und 3) durch Ausdehnung unserer Operationen auch auf Krebse, die nicht mehr sicher auf den Uterus beschränkt sind.

Für die frühzeitige Erkenntniss ist die makroskopische und die mikroskopische Untersuchung von der grössten Bedeutung. Am einfachsten liegen für die frühe Diagnose die Verhältnisse bei dem Cancroid der Portio und bei dem Carcinom des Uteruskörpers. Typisch sind bei dem Portiocarcinom das Auftreten von Blutabgang bei der Berührung der Portio, bei dem Corpuscarcinom das Auftreten erneuter Blutungen nach schon eingetretener Menopause. Viel schwieriger liegen die Verhältnisse bei den Krebsknoten im Collum und bei dem Krebs der Cervikalschleimhaut. Letztere beiden Formen bilden zusammen über $^3/_5$ aller Carcinome.

Bei Besprechung der Recidive wendet sich V. gegen Winter's (Jahrbb. CCXLI. p. 171) Theorie der Impfmetastasen. V. erklärt die Recidive als Lymphmetastasen; die Krebsmassen haften am leichtesten an allen Stellen eines Hindernisses im Lymphstrome und ein solches Hinderniss bilden auch die Narben der Incisionen. V. hält den Mechanismus der Impfinfektion nicht für nachgewiesen.

Für die Fälle, in denen das Carcinom schon die Grenzen des Uterus überschritten hat, hält V. für den einzig gangbaren Weg die weitere Ausbildung der Freund'schen Operation, die wenigstens die *Möglichkeit* der Heilung bietet.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

257. **Beiträge zur ätiologischen Statistik des Gebärmutterkrebses**; von Dr. Fritz Blumenfeld in München. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 13. 1899.)

Bl.'s Statistik umfasst sämmtliche Fälle von Uteruscarcinom, die v. Winckel in den Jahren 1884—1898 in der von ihm geleiteten Frauenklinik beobachtet hat. Die Gesammtzahl der in Betracht kommenden Frauen beträgt 678, das mittlere Durchschnittsalter 45.05 Jahre, die jüngste Erkrankte war 24, die älteste 73 Jahre alt, 39.1% der Fälle entfallen auf das 5. Altersdecennium.

661mal handelte es sich um Carcinome des Collum und nur 17mal = 2.5% um primäre Corpuscarcinome. Das Durchschnittsalter der mit Corpuscarcinom Behafteten berechnete sich auf 49.4 Jahre. Durch andere Tumoren war das Carcinom in 12 Fällen complicirt; 5mal durch Ovarial-

tumoren, 3mal durch Myome und 4mal durch Gravidität. Von den 4 letztgenannten Frauen starb eine an puerperaler septischer Peritonitis, das Schicksal der 3 übrigen ist nicht bekannt.

Das mittlere Alter der ersten Menstruation war in Bl.'s Fällen 14.8 Jahre; das mittlere Durchschnittsalter der Menopause dieser Frauen war 47.4 Jahre. 405 Frauen waren vor Eintritt der Menopause erkrankt und nur 273 nach Eintritt. Von den 678 Frauen hatten 653 geboren und nur 25 = 3.5% waren steril; auf eine Frau kamen durchschnittlich 5.7 Schwangerschaften. Bl. schliesst aus seinen Zahlen, „dass, je öfter die Frauen gebären, um so öfter auch bei ihnen die Disposition zu Carcinoma uteri vorhanden zu sein scheint". Für die Annahme, dass die Lues des Mannes eine Prädisposition für das Uteruscarcinom gebe, findet Bl. in seinem Materiale keinen Grund. Dagegen wird durch Katarrhe des Endometrium jedenfalls eine Prädisposition für das Uteruscarcinom geschaffen.

Die Thatsache, dass gerade bei den Frauen mit Uteruscarcinom auffallend häufig geburtshülflich operirt worden war, giebt Bl. Anlass zu der Erwägung, ob der Uterus nicht durch das viele Operiren geschädigt wurde, bez. ob die in Folge der Operationen entstandenen Uebel nicht zu dem Carcinom disponirten. Die Summe der geburtshülflichen und gynäkologischen Operationen beträgt 204; durchschnittlich an jeder 3. Frau war also vorher ein operativer Eingriff am Uterus gemacht worden.

Bei dem Studium der Hereditätfrage fiel Bl. besonders die Thatsache auf, dass die Angehörigen der Carcinomkranken so überaus häufig an Lungentuberkulose gestorben waren.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

258. **Ueber die Methoden und Indikationen der Totalexstirpation des Uterus, speciell in Bezug auf die Behandlung des Uteruscarcinoms.** *Nebst einem Anhange über Versuche zur Durchspülung von Gliedern und Organen lebender Organismen;* von W. A. Freund in Strassburg i. E. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 3. p. 343. 1898.)

Fr. hebt hervor, dass bei allen denjenigen Erkrankungen des Uterus, deren vollständige dauernde Heilung mit der Genesung von der Operation zusammenfällt, die vaginale Methode bei technischer Ausführbarkeit die beste sein wird; es sind dieses die gutartigen Erkrankungen.

Für die Behandlung des Uteruscarcinoms stellt Fr. folgende Sätze auf: „Die sichere Erkenntniss der lokalen Natur des beginnenden Krebses muss zur einfachen chirurgischen Entfernung der kranken Partie bestimmen; die Erkenntniss der schnellen continuirlichen und regionären Verbreitung des Krebses durch die Lymphbahnen muss uns zu einer weiten Umschneidung des kranken Organes über die durch die anatomische Untersuchung erkannten Lymphdrüsenerkrankungen hinaus bestimmen. Hiernach normirt sich unsere Aufgabe für die operative Behandlung des Uteruscarcinoms, so lange dasselbe noch Aussicht auf Radikalheilung bietet, folgendermaassen":

„Das Carcinom der äusseren Fläche der Portio vaginalis mit oder ohne Verbreitung auf das Laquear vaginae kann erfolgreich durch die vaginale Totalexstirpation, die einen grossen Theil der noch gesunden Scheide und des paracolpalen Bindegewebes zu umgreifen hat, entfernt werden. Das Carcinom des Cervix und Corpus uteri muss, wenn man Radikalheilung anstrebt, durch die Abdominaltotalexstirpation in der in neuester Zeit angegebenen, weit umfassenden Ausführung behandelt werden. Der Uterus, die Ligamente, die Bindegewebsumgebung mit allen erreichbaren infiltrirten und nichtinfiltrirten Lymphdrüsen, das Laquear vaginae müssen von oben her aus ihren Verbindungen gelöst und der ganze Complex muss ohne Eröffnung der Vagina abgetragen und nach abwärts extrahirt werden."

„Bei weit vorgeschrittenem, keine Aussicht auf Radikalheilung mehr bietendem Uteruscarcinom hat die vaginale Totalexstirpation als Palliativoperation einzutreten; die Erfolge derselben auf Verlängerung des Lebens und zeitweilig oft erstaunlich langdauernde Beseitigung der Blutung, Jauchung und Schmerzen sind immer durchaus respektable."

Die vorstehenden Regeln für die Wahl der Operationmethode sollen nach Fr. in Zukunft im Gegensatze zu den bisher aufgestellten befolgt werden.

Von besonderem Interesse ist die Mittheilung der beiden ersten sicheren Radikalheilungen, die Fr. durch Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus gelungen sind. Die Heilungdauer beträgt in diesen beiden Fällen 20 und 14 Jahre. —

Im Anschlusse berichtet Fr. über Versuche, durch die medikamentöse Angreifbarkeit der von Natur kurzlebigen epitheloiden Carcinomzelle durch Alkalien einen rationellen Weg zur Heilung der Krebskrankheit zu eröffnen. Fr. stellte sich die Aufgabe, ein Organ oder Glied zeitweilig aus dem Kreise der allgemeinen Blutcirkulation auszuscheiden, es dann von einer seiner Hauptarterien aus vermittelst injicirter Flüssigkeit in der Weise zu durchspülen, dass sein Residualblut durch eine eröffnete Hauptvene entfernt und an Stelle dessen der Theil eine Zeit lang von der injicirten Flüssigkeit durchströmt werde. Auf diese Weise sollte die Flüssigkeit schliesslich mit allen Gewebeelementen bis in die einzelnen Zellen und Fasern in unmittelbare Berührung treten.

Im Anschlusse an die Versuche Schmiedeberg's mit künstlicher Durchblutung ausgeschnittener überlebender Organe stellte Fr. an Kaninchen, Hunden und am Pferde Versuche an. Schliesslich machte er bei einer Frau mit Uteruscarcinom Durch-

leitungversuche von den Vasa spermatica aus durch die Beckenorgane. Die Kranke starb 9 Tage nach der Durchleitung. Bei der Sektion zeigte sich, dass die Durchspülung die carcinomatös degenerirte Partie des Uterus in gangränöse Zerstörung versetzt hatte. Fr. glaubt jedoch, dass diese Procedur keinen Werth für die Behandlung des Uteruskrebses hat.

Zum Schlusse bespricht Fr. die einzelnen Indikationen für die Totalexstirpation in kritischer Weise, zunächst die Myomerkrankung, dann den Totalprolaps des Uterus und der Vagina, die sogen. entzündlichen Adnexerkrankungen, die unstillbaren Uterusblutungen, die verschiedenen Nervenkrankheiten und schliesslich die Fälle, in denen die Totalexstirpation als „Verlegenheitsoperation“ durch unerwartete, gefährliche, bei einer anderen Operation auftretende Ereignisse veranlasst worden war.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

259. **Zur Histologie und Histogenese der Uterussarkome**; von W. Beckmann in Petersburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 2. p. 287. 1899.)

B. beschreibt ausführlich einen Fall von Schleimhautsarkom des Uterus. Die Neubildung nahm die ganze innere Oberfläche des Uterus mit Ausnahme des untersten Abschnittes und der Cervix ein. Dabei war der Tumor zu erheblichen Dimensionen angewachsen, ohne die Grenzen des Uterus zu überschreiten; die Gebärmutter war nur stark ausgedehnt, hatte aber ihre Form bewahrt. Nach der Excochleation der Geschwulst contrahirte sich der Uterus gut und verkleinerte sich bedeutend. Die Muskulatur selbst war frei von Sarkom.

Die Untersuchung dieses Sarkoms der Uterusschleimhaut ergab, dass es zum Theil nur aus Spindelzellen bestand, zum Theil aus einem Gemische von runden, ovalen, spindelförmigen und unregelmässig gestalteten Zellen. An einigen Stellen hatte der Tumor den Bau eines Angiosarkoms. Als Ausgangspunkt der Entwickelung des Sarkoms dienten die Stromazellen der tiefen Schichten der Schleimhaut, wie auch in bestimmtem Maasse die Adventitiazellen der Schleimhautgefässe.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

260. **Dauererfolge der Zweifel'schen Myomektomie**; von Dr. Georg Abel in Leipzig. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 2. p. 261. 1898.)

71 Frauen mit abdominalen Myomoperationen der Leipziger Klinik aus den Jahren 1887—1894 wurden 2—10 Jahre, im Durchschnitte 5 Jahre lang, nachbeobachtet. Von 4 Castrirten erlebte nur eine eine glatte Genesung. In einem 2. Falle wurden noch nach Jahren Myome ausgestossen, in den beiden letzten Fällen starben die Patientinnen nach 8, bez. 7 Jahren an maligner Degeneration der Tumoren. Ueber das Schicksal der Myomektomirten giebt eine Tabelle Auskunft, die im Originale eingesehen werden mag. Bei allen Myomektomien wurde wenn möglich am Stumpfe ein Stückchen Uterusgewebe mit Schleimhaut zurückgelassen. Es ist anzunehmen, dass hierdurch die sekundäre Atrophie der zurückgebliebenen Ovarien, die Cachexia uteripriva, verhindert werden kann, die sich sonst nach Fortnahme des Uterus einstellt. Das Zurückbleiben funktionirender Ovarien ist für das fernere Befinden der Operirten wichtig; neben Erscheinungen der verfrühten Klimax wird dadurch auch die lästige Kolpitis vermieden, die sich im Anschlusse an die sekundäre Schrumpfung der Scheide sonst einzustellen pflegt. Obwohl bei sämmtlichen Myomoperationen, wenn es anging, die Ovarien zurückgelassen wurden, wurden in der Folge niemals von ihnen ausgehende Störungen beobachtet, eben so wenig gab der zurückgelassene Uterusstumpf zu Beschwerden Anlass.

Brosin (Dresden).

261. **Ein Vorschlag zur Werthbestimmung einer Operationsmethode, insbesondere solcher bei Myomen**; von Otto von Herff in Halle a. S. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21. 1899.)

v. H. knüpft an den kürzlich von W. A. Freund gemachten Ausspruch an, der die Statistik die „feilste Puella publica“ nannte. [Ein ganz ähnlich lautender Ausspruch stammt von Billroth, der zu Beginn seiner „Chirurgischen Klinik“ (Zürich 1861—1867) drastisch sagte: „Die Statistik ist wie ein Weib, ein Spiegel reinster Tugend und Wahrheit, oder eine Metze für Jeden, zu Allem zu brauchen“. Ref.]

v. H. kommt bei seinen Ausführungen zu dem Schlusse, dass, so lange nicht Operationserien von vielen Tausenden zur Verfügung stehen, die inconstanten Todesursachen von den constanten sorgfältig zu trennen und erstere von der Sterblichkeitstatistik abzulösen sind, wenn man den Werth einer Methode, nicht aber die Prognose der Operation bestimmen will. „Es würden also als constante Todesursache anzunehmen und damit die Methoden zu belasten sein: alle jene, die eintreten in Folge von Blutungen, insbesondere aber von Nachblutungen, Verletzungen freier oder doch nur geringfügig verlagerter Organe, septische Entzündungen, sofern diese als von bewusst durch die Methode eröffneten Hohlorganen ausgegangen, sicher beweisbar sind und Todesfälle an Shock bei in der Methode selbst begründeter allzu langer Operationdauer, als welche im Allgemeinen 2 Stunden und mehr gelten dürfte.“

v. H. glaubt, dass es sich bei einer auf solcher Grundlage festgestellten Statistik bald ergeben werde, dass gar manche der sich noch gegenüberstehenden Methoden völlig gleichwerthig sind und dass die vorhandenen geringfügigen Unterschiede in der Sterblichkeit in Nebenumständen aller Art zu suchen sind. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

262. **Ein Fall von Achsendrehung des Uterus durch ein gestieltes subseröses Myom**; von Th. Micholitsch. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 2. p. 276. 1899.)

Eine 58jähr. ledige Tagelöhnerin kam wegen bedrohlicher, offenbar durch einen Tumor verursachter Erschei-

nungen zur Laparotomie. Bei der Operation stellte sich heraus, dass es sich um eine durch ein übermannskopfgrosses, gestieltes, subseröses Uterusmyom bedingte Achsendrehung des Uterus handelte, die zu schweren Cirkulation- und Ernährungsstörungen im Tumor und Uteruskörper und in dessen Adnexen, sowie zu sekundärer Peritonitis geführt hatte. Die Drehung war von links nach vorn und rechts erfolgt und es bedurfte einer Zurückdrehung um 3×180° um die Abwickelung vollständig zu machen. Die straff gespannten Lig. rotunda convergirten direkt zum Collum uteri und waren um dieses aufgewickelt, die Cervix in der Höhe des inneren Muttermundes strangulirend. Die Entfernung des Tumor gestaltete sich ausserordentlich einfach, da sie in Folge der Strangulation gleichsam vorbereitet war.

Der geschilderte Fall von Achsendrehung des Uterus zeichnet sich nach M. durch die besondere Stärke der Drehung und durch die stürmischen, hierdurch bedingten Erscheinungen aus.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

263. **Zwei Fälle von Amputatio uteri gravidi myomatosi supravaginalis**; von Ernst Petersen in Frankfurt a. M. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 2. p. 217. 1899.)

In dem 1. Falle war die Anzeige zur Operation durch wiederholte Ileusanfälle, die durch ein zweifaustgrosses, breitgestieltes, subseröses Myom hervorgerufen wurden, gegeben. Die Schwangerschaft befand sich im 4. Monate. Die Gebärmutter selbst war von Myomknollen durchsetzt. Extraperitonäale Stielversorgung. Die Heilung war gestört durch eine Narkosenlähmung des linken Radialis und eine Thrombose der linken Cruralvene. Später wurde noch einmal wegen eines kleinen Bauchbruchs in der Operationsnarbe operirt.

Im 2. Falle wurde die Operation im Anfange des 4. Schwangerschaftmonates wegen heftiger Schmerzen gemacht. Ebenfalls extraperitonäale Stielbehandlung. Glatte Genesung. Die Geschwulst bestand aus der links gelegenen schwangeren Gebärmutter, von 16 Myomknoten durchsetzt, einem grösseren, rechts gelegenen Myom, einem präcervikal aus einem von der hinteren Fläche der Gebärmutter ausgehenden Myom. Interessant ist, dass während im Augenblicke der Absetzung in der Höhe des Gebärmutterhalses dieser noch geschlossen war, er sich noch in der Hand des Operateurs öffnete und dann allmählich bis auf 5-Markstückgrösse erweiterte, während die Eihäute sich wie ein Gänseei hervorwölbten. Es handelte sich also um eine tonische Contraktur der glatten Muskelfasern, die vielleicht auch eine Rolle spielt bei der nachträglichen Ausstossung von Früchten unentbunden verstorbener Mütter (sogen. Sarggeburten), die bisher auf Druck der Fäulnissgase in der Bauchhöhle zurückgeführt wurde. J. Praeger (Chemnitz).

264. **Three case of myomata of the uterus complicating pregnancy; panhysterectomy performed in two cases and subperitoneal hysterectomy in the third; recovery in each case**; by F. Bowreman Jessett. (Lancet Sept. 24. 1898.)

1) 40jähr. Frau, hatte in 20jähr. Ehe nicht geboren. Seit Mai 1894 bemerkte sie eine Geschwulst im Leibe, die rasch wuchs. Am 15. Juli 1894 suchte sie J. auf, nachdem die Regel 3 Monate ausgeblieben war. J. fand mit der Gebärmutter zusammenhängend eine harte rundliche Geschwulst bis zur Nabelhöhe reichend, von dieser nach links abgehend eine zweite. Am 10. August wurde die Frau, nachdem sie schwer erkrankt war, hohe Temperatur und Fröste hatte, in das Cancer Hospital aufgenommen. Die Geschwulst war beträchlich über den Nabel gewachsen, die Temperatur erreichte 38.9°. Am 14. August machte J., da der Zustand sich zusehends verschlechterte, den Bauchschnitt und entfernte die Gebärmutter vollständig. Die Ligaturen wurden zur Scheide hinausgeleitet. Der Verlauf war glatt. Die entfernte Geschwulst zeigte eine weiche Hervorragung an ihrer Hinterfläche. Beim Einschnitte an dieser Stelle wurde eine Frucht gefunden, die offenbar seit einigen Tagen abgestorben war.

2) 37jähr. Frau, die einmal vor 10 Jahren geboren hatte. Letzte Regel vor 4 Monaten. Schnell wachsende Geschwulst im Unterleibe, Druckerscheinungen, Blasenbeschwerden. Am 21. März 1897 fand J. eine bis 5 cm über den Nabel mehr nach links gelegene weiche Geschwulst und eine zweite, die das hintere Scheidengewölbe vorwölbte. Aeusserer Muttermund hochstehend, schwer zu erreichen. Uebelriechender dunkler Ausfluss. Wegen der starken Beschwerden, des schlechten Zustandes der Kr. und der Möglichkeit des Fruchttodes nahm J. am 23. März die ganze Gebärmutter weg. Der Verlauf war ganz normal.

3) 39jähr. kinderlose Frau, seit 3 Jahren verheirathet. Letzte Regel vor 3 Monaten. Vergrösserung des Leibes seit der Verheirathung. In letzter Zeit starke Harnbeschwerden. Im Leibe eine grosse Geschwulst, die bis 5 cm über Nabelhöhe reichte. Oberer Theil hart, unterer weich [Blase!]. Das Becken war von einer Geschwulst ausgefüllt, die den Gebärmutterhals stark in die Höhe drängte. Im Harn Eiter und Blut. Am 23. April machte J. die Myomoperation und versorgte den Stumpf subperitonäal. Glatte Genesung. Die Gebärmutter lag retrovertirt, der Muttermund oberhalb der Schamfuge. In der Gebärmutterhöhle eine Frucht von 10 Wochen.

J. betont, dass interstitielle Fibrome in der Schwangerschaft stark zunehmen, dem entsprechend sich auch die Druckerscheinungen bedeutend vermehren, besonders bei im Becken sitzenden Geschwülsten. Häufig tritt Fehlgeburt ein, an der verhältnissmässig viele Frauen durch Blutung oder Sepsis zu Grunde gehen (nach Lefour unter 39 Fällen in 14). Deshalb empfiehlt J., ausser bei den subserösen Myomen, ein operatives Vorgehen, besonders bei Beckenfibromen. Fibrome des Gebärmutterhalses können bisweilen vor oder während der Entbindung von unten ausgeschält werden. In anderen Fällen ist die Entfernung der Gebärmutter der künstlichen Fehlgeburt vorzuziehen.

J. Praeger (Chemnitz).

265. **Action de la ligature des artères utérines dans les hémorrhagies de l'utérus**; par Mangin, Marseille. (Annal. de Gynéc. XXVI. p. 134. Févr. 1899.)

M. berichtet über 14 Fälle von Unterbindung der Artt. uterinae zur Stillung von Gebärmutterblutungen. In 3 Fällen bestand Krebs des Gebärmutterhalses. Die Unterbindung bewirkt eine Atrophie der Gebärmutter und Verschwinden, bez. Abnahme der Blutungen. Ein Rückfall trat in 2 Fällen ein, wurde aber immerhin in dem einen Falle 8 Jahre hinausgezogen. Im 3. Falle noch kein Rückfall nach 10 Jahren. 5mal wurde die Operation bei Fibromen vorgenommen, die sämmtlich sich verkleinerten. 5mal handelte es sich um unstillbare Blutungen, die gebessert wurden. (Davon in einem Falle bei schwerem Herzfehler.) In einem Falle machte sich später die Laparotomie

zur Entfernung einer rechtseitigen Hämatosalpinx und des mehrere kleine Blutcysten enthaltenden Eierstocks nothwendig.

M. hält die Operation für eine einfache, bei der man selbst der Narkose nicht bedarf. Er empfiehlt sie besonders bei Frauen anzuwenden, die durch Blutungen bei Fibromen so erschöpft sind, dass die Radikaloperation unmöglich erscheint, ferner in der Nähe der Menopause und bei kleineren Geschwülsten des Gebärmutterhalses oder unteren Gebärmutterabschnittes. Als Gegenanzeige sieht er Erkrankungen der Anhänge an, zu beträchtliche Grösse der Geschwulst, Entartung derselben und Fälle, in denen Enge der Scheide und Erhebung der Geschwulst aus dem Becken die Operation unmöglich machen.

Das Vorgehen bei der Operation entspricht dem ersten Abschnitte der Uterusexstirpation mit Ligatur. M. glaubt, dass es sich empfehlen würde, die Gefässe mit der Angiotribe Doyen's oder Tuffier's zu zerstören, nur müsste man darauf sehen, den Arterienstamm zu fassen.

J. Praeger (Chemnitz).

266. **Om intraabdominel kompression af aorta vid bukoperationer**; af Prof. K. G. Lennander. (Hygiea LXI. 4. s. 420. 1899.)

Die intraabdominale Compression der Aorta, die L. schon früher (vgl. Jahrbb. CCLV. p. 240) versucht und wirksam befunden hat, hat er neuerdings in 3 Fällen anzuwenden Gelegenheit gehabt.

Der 1. Fall betraf eine 54 J. alte Frau, bei der 2 subseröse, theilweise cystische, hauptsächlich retroperitoneal entwickelte Uterusmyome entfernt wurden. Nach der Enucleation des einen war der grössere Theil des kleinen Beckens ohne Serosabekleidung und es erschien rathsam, im Zusammenhang mit dem anderen, kleineren Myom den Uterus zu exstirpiren. Beide Operationen wurden bei Compression der Aorta ausgeführt, die bei der 2. Operation 20—25 Minuten dauerte. Nach der Compression trat keine bemerkenswerthe Störung der Herzthätigkeit ein. Der Heilungsverlauf war beinahe fieberlos und das Ergebniss der Operation ausserordentlich gut.

Im 2. Falle wurde bei einer 48 J. alten Frau wegen Kystoma papilliferum beider Ovarien bei der Entfernung der Geschwülste auch die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt. Die Geschwulstmasse, die hart, unbeweglich und etwas empfindlich war, füllte das Becken aus, Knollen fanden sich an der Flexura sigmoidea, im Omentum majus und im Peritonaeum der Blase. Die Compression der Aorta dauerte 23 Minuten. Die Operationwunde heilte per primam intentionem, der Erfolg der Operation war gut.

Bei Operation der Papillarkystome, die das kleine Becken immer mehr ausfüllen und auf Rectum, Harnleiter und Harnröhre drücken, ist die Aortencompression ein unschätzbares Mittel, aber sie ist nicht immer nöthig; L. theilt 2 Fälle mit, in denen er sie entbehren konnte.

Der 3. Fall betraf eine 69 J. alte Frau mit Medullarkrebs des linken Ovarium, der mit dem Dünndarme und dessen Mesenterium, sowie mit der Flexura sigmoidea und dem Peritonaeum im kleinen Becken verwachsen war. Beim Versuch der Exstirpation trat an mehreren Stellen der Geschwulst eine sehr starke Blutung auf, die durch die Compression der Aorta aber nicht eher gestillt wurde, als bis so hoch comprimirt wurde, dass die Compression auch die Arteria mesenterica superior mit betraf. Grosse Schwäche des Pulses, die während der Operation auftrat, wurde durch intravenöse Infusion von 1100 ccm Kochsalzlösung von 1% bekämpft und die Operation beendet. Anfangs war der Puls zwar noch schwach und unregelmässig, aber nach einer neuen Infusion wurde er bald besser. Die Heilung erfolgte per primam intentionem. Ungefähr 2 Monate nach der Operation starb die Kr. kachektisch.

In keinem der 4 Fälle, in denen L. bisher die Compression der Aorta angewendet hat, trat Venenthrombose ein oder eine andere Störung, die mit der Compression in Zusammenhang gebracht werden könnte.

Auch Prof. John Berg in Stockholm hat die Compression der Aorta mit Nutzen angewendet in einem Falle von Milzexstirpation und in einem anderen Falle, in dem ein grosses Sarkom aus dem Beckenbindegewebe enucleirt wurde. Für Operationen an der Milz hat Lennander die Compression der Art. lienalis vorgeschlagen, für Operationen an der Leber die Compression des Ligam. hepat.-duodenale mit den Fingern oder mit einer elastischen Zange, über deren Arme Drainrohre gezogen sind, wobei zugleich der Blutstrom in der Pfortader und in der Arteria hepatica abgeschlossen wird. Diese beiden letzteren Verfahren hat L. noch nicht Gelegenheit gehabt zu versuchen.

Walter Berger (Leipzig).

267. **Ett fall af dermoidcysta i bäckenbindväfven**; af Prof. K. G. Lennander. (Hygiea LXI. 4. s. 431. 1899.)

Eine 26 J. alte Frau hatte nach ihrer ersten Entbindung im J. 1892 eine eigrosse, schwere, nach unten drückende Geschwulst im Becken bemerkt, die bei der zweiten Entbindung im J. 1895 die Entwicklung des Kindeskopfes verzögerte und dadurch die Erstickung des Kindes herbeiführte. Im November 1895 wurde eine 23 Wochen alte Frucht aus Querlage gewendet und extrahirt. Am 20. December 1895 fand man das ganze kleine Becken von der Geschwulst ausgefüllt, auf der in der rechten Fossa iliaca der Uterus aufsass. Die Geschwulst buchtete die hintere Vaginalwand nach vorn aus, verschob die ganze Vagina nach vorn gegen die Symphyse und nach der rechten Beckenwand hin, lag nach links und hinten unverschiebbar an der Beckenwand und am Sacrum an, an den übrigen Theilen war zwischen der Geschwulst und der Beckenwand ein kleiner Zwischenraum, in dem die Vagina und das verschobene Rectum lagen.

Am 27. December wurde die Operation mittels Kolpoperinaeotomie durch die linke Seite der Vagina und links vom Rande der Rhaphe perinaei am After vorbei ausgeführt. Die Cyste, die einräumig war, barst bei der zum grössten Theile stumpf ausgeführten Ausschälung aus der sie umgebenden Bindegewebekapsel, konnte aber ohne grössere Schwierigkeit vollends ausgeschält werden. Sie war in der Mitte des 2. bis 4. Sacralwirbels fest mit dem Periost verwachsen, von dem sie mit Messer und Scheere gelöst werden musste, aber der Knochen wurde dabei nicht blossgelegt. Sie hatte sich ganz im Bindegewebe entwickelt. Der Verlauf war fieberlos und Pat. konnte am 28. Februar 1896 mit fast verheilter Wunde entlassen werden. Nachrichten vom November 1898 zu Folge hatte sich die Frau immer gut befunden und kurz vorher eine leichte Entbindung durchgemacht.

Die Flüssigkeit der Cyste bestand aus Detritusklumpen und Stearinkrystallen ohne Formelemente, die Wand konnte nicht untersucht werden, weil sie aus Versehen abhanden gekommen war.

Die von L. gewählte Operationmethode, die er für die in seinem Falle vorliegenden Verhältnisse für die zweckmässigste hält, gestattete die Einführung der ganzen Hand in das kleine Becken und Schonung der funktionirenden Muskelmasse im Diaphragma pelvis.

Walter Berger (Leipzig).

268. **Beiträge zur Anatomie der Schwangerschaft**; von Dr. Ludwig Aschoff in Göttingen. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXV. 2. p. 273. 1899.)

I. Eileiterschwangerschaft. A. theilt zunächst einen Fall aus der Runge'schen Klinik in Göttingen mit, in dem die Placenta zwar zum Theil zerrissen, ihr Zusammenhang mit der Tubenwand aber noch erhalten war. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde vor Allem auf folgende, noch strittige Fragen geachtet: 1) Wie weit nimmt das mütterliche Gewebe durch Ausbildung einer Decidua an der Placentabildung theil? 2) Wird die fötale Placenta in gleicher Weise gebildet wie im Uterus? 3) Kommt es zur Bildung einer Reflexa? 4) Wie und wodurch kommen Abort und Ruptur zu Stande?

Ausser dieser Beobachtung standen A. noch 3 weitere Fälle zur Verfügung. Er fasst die Resultate dieser Untersuchungen unter Berücksichtigung der fremden Beobachtungen dahin zusammen, dass er im Gegensatze zu Webster (Die ektopische Schwangerschaft. Berlin 1896. Karger) und der vielfach herrschenden Anschauung, die Tube reagire, wenigstens am Fruchtsacke, specifisch auf die Eiimplantation, sich folgendermaassen ausspricht: „In vielen, vielleicht in den meisten Fällen von Eileiterschwangerschaft fehlt jede specifische Schwangerschaftsveränderung in der Tubenwand. Es fehlt eine mütterliche Deciduabildung, es fehlt eine deciduale Reflexabildung, es fehlt eine auffällige Muskelhypertrophie. Das Ei findet keinen passenden Nährboden in der Tubenschleimhaut, zerstört vielmehr rücksichtalos die ganze Tubenwand und bereitet sich (durch Blutung) selbst den Tod."

II. Das Vorkommen von Drüsen in der Muskulatur des schwangeren Uterus. A. hält es im Gegensatze zu Pels Leusden (Jahrbb. CCLV. p. 114) auf Grund der Untersuchung in 12 Fällen [hierbei ein Präparat von Pels Leusden] für das Normale, dass die Uterusschleimhaut auch an der Placentastelle am Ende der Schwangerschaft genügende Drüsenreste für die Regeneration besitzt. Er hält einen positiven Beweis für die Drüsenbildung aus eingewanderten chorialen Zellen durch Pels Leusden nicht für erbracht, wenn er auch nicht in der Lage ist, dessen wichtige genaue Beobachtungen über die Formveränderungen der syncytialen Zellen im Puerperium in genügender Weise anders zu erklären. Die Bedeutung dieser chorialen Riesenzellen in der Muskulatur bedarf nach A.'s Ansicht noch einer Erklärung.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

269. **Drei Geburtsfälle bei Uterus septus**; von Dr. Albert Wagner in Stuttgart. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 2. p. 244. 1899.)

In allen 3 Fällen zeigte der Uterus in der Eröffnung- und Austreibungperiode eine deutlich zweihörnige Gestalt. Im 1. Falle vollzog sich die Geburt des 1340 g schweren lebenden Kindes ohne irgend welche Störungen ziemlich rasch. Im 2. Falle bestand Querlage mit grösstentheils abgeflossenem Fruchtwasser; schon aus letzterem Grunde war die Wendung erschwert: asphyktisches, bald wieder belebtes Kind von 2750 g. Im 3. Falle musste die dem Durchtritte des in Steisslage eingetretenen Kindes hinderliche Vagina septa vor Extraktion der faultodten 3340 g schweren Frucht zuerst durchtrennt werden.

Wesentliche Störungen traten in der Nachgeburtperiode ein. In allen 3 Fällen trat nach der Geburt des Kindes eine atonische Blutung auf, die nach verschiedenen vergeblichen Versuchen, die Placenta mittels Credé'schen Handgriffes zu exprimiren, in 2 Fällen die manuelle Placentaentfernung erheischte, während im 3. Falle die Expression schliesslich doch noch gelang.

Die Beeinflussung von Schwangerschaft und Geburt durch Uterus septus fasst W. in folgenden Sätzen zusammen: „Die Conception wird durch den Uterus septus nicht beeinflusst." „Die vorzeitige Unterbrechung der Gravidität ist ein häufiges Vorkommniss." „Die 1. und 2. Geburtperiode werden nicht oder sehr wenig beeinflusst." „In der 3. Geburtperiode sind atonische Blutungen zu erwarten; greift die Insertion der Placenta auf das Septum über, so wird die physiologische Ablösung der Placenta erschwert und die letztere muss häufig manuell gelöst werden."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

270. **Zwei Fälle von sehr frühzeitiger Unterbrechung einer Eileiterschwangerschaft, nebst Bemerkungen zur Therapie**; von E. G. Orthmann in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 2. 1899.)

In beiden Fällen handelte es sich um eine Graviditas tubaria isthmica aus dem 1. Monate; im 1. Falle kam es zu einer Ruptur mit starker Blutung in die Bauchhöhle, in dem 2. Falle war es ein tubarer Abort mit Bildung eines sogen. Placentar- oder Decidualpolypen, der bei Gelegenheit einer Colpotomia anterior gefunden wurde. Anamnestisch war auffallend, dass in keinem der beiden Fälle die Menstruation ausgeblieben war.

Beide Fälle zeigten in ihrem Verlaufe den gewaltigen Unterschied zwischen Tubenruptur und Tubenabort. Im 1. Falle: plötzliche Erkrankung unter den Zeichen akutester Anämie mit peritonäalen Reizungen; im 2. Falle: ein beinahe symptomloser Verlauf, da in Folge des allerdings mehr zufälligen, frühen Erkennens der Erkrankung die bereits zur Bildung einer Hämatocele vorhandenen Bedingungen beseitigt wurden. Im 1. Falle wurd

als Ursache der Ruptur festgestellt, dass unmittelbar hinter der Eihaftstelle eine bandartige Adhäsion zwischen Tube und Ovarium zu einer Knickung, bez. Einschnürung des Tubenlumens geführt hatte.

In Bezug auf die Therapie befürwortet O. das Bestreben, die abdominale Cöliotomie möglichst durch die vaginale zu ersetzen. Die *ventrale* Cöliotomie ist in der Mehrzahl der Fälle von Hämatocele nach Tubenabort die rationellste Therapie, namentlich wenn es sich um eine grössere, den Beckeneingang überragende, fest abgekapselte Hämatocele handelt; ferner in den Fällen von Ruptur, in denen seit Eintritt der Ruptur schon mehrere Stunden verstrichen sind und bedrohliche innere Verblutung eingetreten ist. Die *vaginale* Cöliotomie ist nach O. in allen denjenigen Fällen am Platze, in denen es sich um eine noch intakte Tubenschwangerschaft oder eine ganz frische Ruptur handelt; ferner in Fällen von protrahirtem Tubenabort, in denen es in Folge der nur geringen Blutungen zu keiner abgekapselten Hämatocele kommt.

In der Martin'schen Klinik ist in den letzten Jahren im Ganzen in 12 Fällen von Tubenabort in den ersten beiden Monaten von der Scheide aus operirt worden. In 8 Fällen musste die ganze Tube entfernt werden, in 1 Falle konnte ein Theil der Tube, in 3 Fällen dagegen die ganze Tube erhalten bleiben. Principiell muss man nach O. in derartigen Fällen möglichst conservativ verfahren: Entfernung des Eies oder der Eireste unter möglichster Erhaltung einer funktionfähigen Tube.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

271. **Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Veränderlichkeit des Beckenraumes Gebärender**; von Dr. O. v. Küttner in Tübingen. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 211. 1898.)

Die praktisch wichtige Beobachtung Walcher's, dass die Conjugata eine im Mittel um ca. 1 cm variable Grösse ist und dass eine Veränderung durch verschiedene Lagerung der Frau hervorgerufen werden kann, veranlasste v. K., 3 Leichenbecken Frischentbundener genau auf die Veränderlichkeit des Beckenraumes zu untersuchen. Es wurde je ein Gipsausguss des ganzen Beckeninnern in Walcher'scher Lage, in Horizontallage des Cadavers und in Steinschnittlage angefertigt.

Die vergleichende Untersuchung dieser Gipsausgüsse ergab, „dass das puerperale Becken weitgehend in der Form veränderlich ist. Die Veränderlichkeit, bez. Verschiebung des Beckens vollzieht sich dabei zum grössten Theile in sagittaler Richtung, während alle queren Durchmesser des Beckens und der gerade Durchmesser der Beckenweite nahezu constant bleiben. Ein Raumzuwachs des Beckens als Ganzes wird selbstverständlich dadurch nicht erzielt, vielmehr ist zu diesem Zwecke eine Entzweischneidung des Beckenringes nothwendig, wodurch ein Auseinanderweichen der Beckenknochen veranlasst wird, also entweder eine Symphyseotomie oder eine Pelvitomie."

v. K. bezeichnet es schliesslich als dankenswerthe Entdeckung von weittragender praktischer Bedeutung, dass durch die verschiedene Lagerung der Beine der gerade Durchmesser des Beckeneingangs für die Zeit des Eintritts des Kopfes bis zu 1.4 cm und ebenso bei der umgekehrten Hebelwirkung der Beine derjenige der Beckenenge bis zu 2.0 cm erweitert werden kann für den Zeitpunkt, an dem der Kopf das Becken verlassen soll.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

272. **Ueber die wechselseitigen Beziehungen zwischen Kopfform und Geburtsmechanismus**; von Dr. Arthur Müller in München. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 41. 1898.)

Im Anschlusse an eine früher erschienene Abhandlung: „Ueber hintere Hinterhauptslagen und Scheitellagen" (Jahrbb. CCLIX. p. 171) bespricht M. die wechselseitigen Beziehungen zwischen Kopfform und Geburt auch bei allen übrigen Kopflagen. Er hebt dabei hervor, dass die einzelnen Kopfconfigurationen gewöhnlich nur als Folgen des Geburtmechanismus und der Lage betrachtet werden; dagegen wird der Rückschluss, dass nicht nur die Kopfformation von dem Geburtmechanismus, sondern auch der Geburtmechanismus von der Kopfconfiguration abhängig ist, gewöhnlich nicht gezogen.

Da nur durch die Beachtung der gegenseitigen Beeinflussung der Kopfformen, sowohl der angeborenen, wie der sub partu erworbenen und des Geburtmechanismus sich ein vollständiges Verständniss der Geburtvorgänge erzielen lässt, fordert M. von den praktischen Aerzten und Anthropologen ein grösseres Interesse für diese Fragen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

273. **Ueber Perforation und Kranioklasie mit dem dreiblättrigen Kranioklast**; von Dr. Max Walthard in Bern. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 1. Jan. 1899.)

Aus einer die gesammte Schweiz umfassenden Statistik entnimmt W., dass in der 5jährigen Periode von 1892—1896 auf 441539 Geburten 15975 Todtgeburten fallen und von diesen Todtgeburten 248 nur durch Kraniotomie per vias naturales beendigt werden konnten. Von diesen 248 Kraniotomien wurden nur 80 in Kliniken, dagegen 168 im Privathause von praktischen Aerzten ausgeführt.

Gestützt auf den Vergleich der zur Zeit üblichen Methoden der Kranioklasie giebt W. der Methode mit den dreiblättrigen Instrumenten den Vorzug. Zur vollständigen Zertrümmerung der Kopfknochen ist die Fixation des Schädels während der Compression unerlässlich. Was Leistungfähigkeit und Schonung der mütterlichen Gewebe anlangt, so empfiehlt W. den *Auvard*'schen dreiblättrigen Kranioklast, der durch die Zweifel'sche Modifikation

und durch einen von W. angegebenen Kolbenbohrer verbessert wurde und die von W. modificirte Operationtechnik. Bei Benutzung dieses Instrumentes [vom Instrumentenmacher *G. Klöpfer* in Bern ausgeführt und zu beziehen] und der dazu gegebenen Vorschriften ist nach W. die Kranioklasie und die Extraktion des perforirten kindlichen Schädels leicht, sicher und für die Mutter gefahrlos. [Abbildungen.] Arth. Hoffmann (Darmstadt).

274. **Verblutungstod der Frucht unter der Geburt in Folge Ruptur einer Umbilicalarterie bei Insertio velamentosa**; von Dr. Eugen Peiser. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 6. p. 619. 1898.)

Der im Mannheimer Wöchnerinnenasyl beobachtete Fall ist folgender: 23jähr. Drittgebärende am Ende der Schwangerschaft. Am 30. Sept. 1898 Nachts Eintritt von Wehen, 3 Uhr Morgens starke Blutung 1/4 Stunde nach dem Blasensprunge. Nach der Aufnahme stand die Blutung bald von selbst. 1. Schädellage. Gebärmuttergrund handbreit unter dem Schwertfortsatze. Keine Herztöne und Kindesbewegungen wahrnehmbar. Innerlich: Muttermund 2-markstückgross, der Kopf sass im Beckeneingange. Nach 3 Stunden wurde das Kind, ein auffallend blasses todtes Mädchen von 2970 g und 52 cm Länge, geboren. Nabelschnur um den Hals der Frucht geschlungen. Die Nachgeburt kam auf leichten Druck (eingestülpt). Die 52 cm lange Nabelschnur war am zottenfreien Theile des Chorion 12 cm vom Placentarande angeheftet. Der Eihautriss ging durch eine Nabelarterie nahe der Anheftungstelle der Nabelschnur hindurch, während die andere Arterie nicht zerrissen war. Nabelvenen strotzend gefüllt.

Bei der inneren Untersuchung vor der Geburt war hinter dem vorderen Muttermundsrande ein Strang gefühlt worden; dieser war die Nabelschnuranheftung, desgleichen ein solcher hinten, die stark gefüllte Nabelschnurvene. Als Todesursache des Kindes ergab sich *intrauterine* Athmung und akute Anämie in Folge von Verblutung. Im Ganzen fand P. in der Literatur bisher 12 Fälle von Verblutungtod bei Insertio velamentosa verzeichnet. Bezüglich der Behandlung wird, wenn die Diagnose der Insertio velamentosa bei stehender Blase gemacht wird, bei nicht genügender Eröffnung die möglichste Schonung der Blase, bei entsprechend erweiterten Geburttheilen die Blasensprengung an einer gefässfreien Stelle mit schneller Extraktion der Frucht oder der beiden Früchte (Häufigkeit bei Zwillingen!) zu empfehlen sein. Im Beginne der Blutung kann man eine kalte Scheidenspülung anwenden, während die Tamponade zwar zur Blutstillung dienlich ist, aber auch wieder durch Druck auf die Gefässe die Sauerstoffzufuhr zum Kinde abschneiden kann. J. Praeger (Chemnitz).

275. **Versuche mit Backhaus'scher Kindermilch**; von Dr. A. Kolisko. (Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 349. 1899.)

Die Versuche, die nur bei dyspeptischen und an schweren Magendarmkrankheiten leidenden Säuglingen angestellt wurden, ergaben ausserordentlich günstige Resultate. Die Darmerscheinungen besserten sich nach wenigen Tagen, die Kinder erholten sich auffallend rasch, nahmen im Durchschnitte 18—30 g (in der Privatpraxis sogar bis zu 50 g) pro die zu und zeigten am Ende der Kur fast ausnahmelos ein blühendes Aussehen.

H. Beschorner (Dresden).

276. 1) **Milch-Gift und -Vergiftung**; von A. Köppen in Norden. I. Mittheilung. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVII. 4. p. 372. 1898.)

2) **Entgegnung auf die Mittheilung von Köppen: Milch und Milchvergiftung**; von Prof. Ad. Czerny in Breslau. (Ebenda p. 387.)

3) **Antwort auf die Entgegnung von Prof. Ad. Czerny**; von A. Köppen in Norden. (Ebenda XLVIII. 4. p. 487. 1898.)

1) Czerny war auf Grund seiner Untersuchungen über die Giftwirkung des Darminhaltes bei magendarmkranken Kindern zu der Ansicht gelangt, dass nicht die Milch im Darme faule und damit die Kinder schädige, sondern dass höchstens die Darmsekrete faulen. Köppen bekämpft diese Ansicht, bemängelt die Versuchsanordnung Czerny's und theilt eigene Untersuchungen mit, die darthun, dass in frischem, durch Kinderkoth zur Fäulniss gebrachtem Käse sich giftige Stoffe bilden. Diese tödteten die Versuchsthiere. K. zieht aus seinen Befunden keine weiteren Schlüsse. Er wählte mit Absicht bei seinen Versuchen nicht Milch, da der Darminhalt eben nicht aus unveränderter Milch besteht.

2) Czerny hält es zunächst nicht für nöthig, auf Köppen's Versuche einzugehen, da dieser sich gar nicht mit der Frage beschäftigt habe, ob bei der Ernährung mit Milch im Darme der Säuglinge Gifte entstehen. Er habe nur gezeigt, dass man aus faulendem Käse giftige Stoffe gewinnen könne.

3) Köppen antwortet darauf, er habe dasselbe Ziel verfolgt wie Czerny. Er habe daher nachweisen müssen, dass Dieser sich auf einem Irrwege befinde. Er habe zunächst erforschen wollen, wie die Gesammtheit der Darmbakterien auf denjenigen Bestandtheil der Milch einwirke, der nächst dem Fette am häufigsten und längsten im Darme verweile. Der Darminhalt bestehe eben nicht mehr aus Milch. Brückner (Dresden).

277. **Die Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung bei Kindern durch die Bauchmassage (nach Heubner)**; von Dr. Cesare Cattano. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVII. 4. p. 436. 1898.)

C. rühmt die günstige Wirkung der Bauchmassage bei der Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung der Kinder. Er beschreibt die Handgriffe, die er in der Heubner'schen Klinik gelernt hat (1. Kneifen der Haut, 2. Kneten der Bauchmuskeln, 3. kreisweise Effleurage zwischen Nabel und Symphyse, 4. Streifen des Dickdarms) und führt 10 eigene Beobachtungen an.

Brückner (Dresden).

278. **Contribution à l'étude du lymphatisme. Nature et genèse des aphthes de Bednar**; par le Dr. G. Alvarez. (Méd. Infantile Nr. 17. 1897.)

A. behauptet, dass die Bednar'schen Aphthen ein Vorläufer der lymphatischen Diathese seien. Sie bilden sich aus kleinen Lymphomen der Schleimhaut, wenn das Epithel nach der Geburt abgescheuert wird. Durch die Saugbewegungen entstehen dann die kleinen Geschwüre, von denen Infektionen ausgehen können. Sie sind daher so bald als möglich mit 2proc. Höllensteinlösung zu ätzen. Brückner (Dresden).

279. **Quellen und Wege der septischen Infektion beim Neugeborenen und Säugling**; von Rudolf Fischl. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 220. Sept. 1898.)

F. bespricht sehr gründlich die Entstehung der septischen Infektionen bei Neugeborenen und Säuglingen, ein Gebiet, um dessen Ausbau er sich in hervorragender Weise verdient gemacht hat. Nach einem Ueberblicke über den gegenwärtigen Stand unserer Anschauungen vom Wesen der septischen Infektion geht er auf die besondere Empfänglichkeit des Säuglings und deren Ursachen ein. Hierbei kommt im Wesentlichen in Betracht, dass beim jungen Säuglinge die natürlichen Schutzkräfte des Körpers noch ungenügend entwickelt sind und dass für den Erwachsenen nur örtlich infektiontüchtige Mikroben noch genügend kräftig sind, um beim Neugeborenen eine Allgemeininfektion hervorzurufen. Als Quellen der septischen Infektion sind bekannt und erforscht 1) Placenta und Fruchtwasser (congenitale Infektion), 2) die Geburtwege (obstetrikale Infektion), 3) beim Neugeborenen für die Heteroinfektionen Luft, Badewasser, unreine Instrumente und Hände der Pfleger, die Nahrung, die Vagina- und Lochialsekrete der Mutter, für die Autoinfektionen alle mit der Aussenwelt in Verbindung stehende Körperhöhlen, in denen jederzeit pathogene Mikroben anwesend sind. Was die Wege der Infektion anlangt, so kann sie von jeder Körperstelle aus erfolgen. Prädilektionsstellen bilden: Der Nabel, die Haut, die Schleimhäute der Conjunctiven, der Nase, des Mittelohres (seltener), der Mundhöhle und des Bronchialbaumes und der Lungen (häufig), des Darmkanales (nicht so häufig, als bisher angenommen wurde), der Harn- und Geschlechtsorgane. Mit dieser Inhaltsübersicht müssen wir uns begnügen, da ein Eingehen auf die interessanten Einzelheiten zu weit führen würde.

Brückner (Dresden).

280. **Un cas d'infection staphylococcique du sang et du liquide céphalo-rachidien**; par M. Lesné. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XVI. p. 28. Juin 1898.)

Ein 7monatiges rhachitisches Kind litt an Hautabscessen. Die Untersuchung des Abscesseiters, des Blutes und der Cerebrospinalflüssigkeit ergab die Anwesenheit von Staphylokokken. Unter antiseptischer, örtlicher und roborirender Allgemeinbehandlung heilte die Furunkulose und die Kokken schwanden aus dem Blute und der Cerebrospinalflüssigkeit. Später starb das Kind an einer Bronchopneumonie. Die *Sektion* ergab keine Spur einer Eiterung. Brückner (Dresden).

281. **Eine Rubeolenepidemie**; von Prof. M. Stooss. (31. med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern während der Jahre 1896 u. 1897. p. 50. 1898.)

Im Winter 1896—97 traten die Rötheln in Bern gehäuft auf. Der Hautausschlag ähnelte am meisten den Masern. Die einzelnen Flecke waren durchgehend klein und nicht ausgesprochen papulös, zeigten sich meist, aber nicht stets zuerst im Gesicht. Zuweilen war der Ausschlag scharlachähnlich. Manchmal bestand heftiges Jucken. Die Schleimhäute der Nase und des Auges waren nicht sehr heftig und nicht immer betheiligt. Prodromaler Reizhusten fehlte vollständig. Regelmässig bestand eine katarrhalische Angina. Ohne Ausnahme waren die submaxillaren, daneben die subaurikularen, occipitalen und cervikalen Lymphdrüsen geschwollen und auf Druck empfindlich. In mehreren Fällen bestand auch eine Schwellung der Leistendrüsen. Das Fieber war zuweilen im Anfange hoch, aber nur von kurzer Dauer. In 5 daraufhin untersuchten Fällen bestand Diazoreaktion. Der Verlauf war mit Ausnahme eines Falles ein leichter. Nach einem langen Incubationstadium erschien der Ausschlag sofort oder nach kurzen Prodromen. Die katarrhalischen Symptome erschienen mit dem Ausschlage, höchstens einen Tag früher. Ein Fall verlief schwer, aber nicht tödtlich mit längerem Fieber, starker Angina und Bronchitis, erheblicher Drüsenschwellung. Die Contagiosität der Rötheln war geringer als diejenige der Masern. Zweimal wurden Erwachsene befallen. Brückner (Dresden).

282. **Pneumokokken-Grippe der Kinder**; von Prof. M. Stooss. (31. med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern während der Jahre 1896 u. 1897. p. 59. 1898.)

St. beobachtete im Winter 1897 eine Häufung influenzaartiger Erkrankungen bei Kindern, als deren Erreger der Fränkel'sche Pneumococcus nachgewiesen wurde. Die klinischen Erscheinungen waren die folgenden: Akuter Beginn mit hohem Fieber und Schleimhautkatarrhen (starke katarrhalische Angina, Schnupfen, Conjunctivitis, Tracheobronchitis, zuweilen Katarrh der Eustachischen Röhre und Stomatitis aphthosa). Zuweilen Herpes labialis. Erhebliche Störung des Allgemeinbefindens, remittirendes 6—7tägiges Fieber. Kurze Reconvalescenz. Als Complikationen wurden namentlich Pneumonien beobachtet. Von der echten Influenza unterschied sich diese Grippeform in folgenden Punkten: 1) Es wurden vorzugsweise Kinder befallen. 2) Die Krankheit breitete sich

nicht sehr rasch aus. Der Ansteckungstoff schien mehr am Hause zu hängen. 3) Das Fieber war charakteristisch remittirend, nicht variabel. Fieberlose und hyperthermische Formen wurden eben so wenig beobachtet wie rein nervöse und gastrische. Die Reconvalescenz war eine gutartige. 4) Die mannigfachen Complikationen der echten Influenza fehlten. Die Erfahrungen von St. decken sich mit denjenigen von Filatow.

Brückner (Dresden).

283. **The new diagnostic spots of measles on the buccal and labial mucous membrane**; by Henry Koplik. (Med. News LXXIV. 22. p. 673. June 3. 1899.)

K. macht wiederum auf die nach ihm benannte diagnostisch wichtige Schleimhautaffektion im Prodromalstadium der Masern aufmerksam. Das Symptom ist seiner Ansicht nach bisher noch zu wenig gewürdigt worden. In vier hübsch ausgeführten bunten Abbildungen wird die Schleimhautveränderung dem Leser vor Augen geführt. Ausführlich beschäftigt sich K. mit der Differentialdiagnose.

Brückner (Dresden).

284. **Zur Pathologie der Masern**; von Dr. Fritz Förster in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 86. 1898.)

a) *Masern und Pemphigus.* Bei einem 1½jähr. und bei einem 11monat. Kinde trat ein akuter Pemphigus etwa gleichzeitig mit den Prodromen von Masern auf. Während des Ausbruches und nach dem Abblassen des normal verlaufenden Masernausschlages erfolgten neue Pemphigusnachschübe. Die beiden Exantheme beeinflussten einander nach keiner Richtung hin. F. ist daher mit Henoch und Leo der Ansicht, dass das gleichzeitige Auftreten beider Erkrankungen ein zufälliges Zusammentreffen sei.

b) *Ueber das Vorkommen allgemein verbreiteten Emphysems bei Masern.* F. beobachtete ausgebreitetes Emphysem bei 3 Masernkindern, von denen das eine annähernd 3 Jahre alt war, die beiden anderen im Alter von ⅚ Jahren standen. Bei den jüngeren Kindern entwickelte sich das Emphysem im Verlaufe der Masern, die durch eiterige Bronchitis und Bronchopneumonie complicirt waren, im Anschlusse an starke Hustenstösse. Das ältere Kind hatte eine alte tuberkulöse Schwellung der Bronchialdrüsen. F. nimmt an, dass der Drüsentumor zu linkseitiger Bronchostenose führte und damit die Entstehung des Emphysems begünstigte. Er erklärt sich daraus überhaupt die Häufigkeit des Emphysems bei der kindlichen Tuberkulose. Die beiden jüngeren Kinder starben, das ältere genas. Das Emphysem an sich stellt eine belanglose Complikation der Masern dar. Bestimmend für die Prognose ist allein die „Grundkrankheit“.

c) *Herzthrombose und Embolie bei Masern.* Bei einem 1½jähr. Masernkinde mit doppelseitiger Pneumonie trat am 32. Tage plötzlich eine rechtseitige vollkommene Hemiplegie auf, die in 24 Stunden zum Tode führte. Die *Sektion* ergab Thrombose im linken Ventrikel, Embolie der Carotis interna mit völligem Verschlusse der Art. chorioidea anterior. F. geht die einschlägige Literatur durch und betont die Seltenheit der beobachteten Complikation, bez. Nacherkrankung. Ein weiterer Fall von Herzthrombose nach Masern, der anderweit veröffentlicht werden soll, wird kurz mitgetheilt.

Brückner (Dresden).

285. **Die neue Kinderseuche in der Umgebung von Giessen (Erythema infectiosum)**; von Prof. Georg Sticker. (Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 11. p. 353. 1899.)

Seit April 1899 herrscht in der Umgebung von Giessen ein Ausschlag epidemisch, der namentlich Kinder und junge Leute bis zu 20 Jahren befällt. Der Ausschlag stellt sich ohne Vorboten oder nach kurzem Schnupfen, leichten Schlingbeschwerden ohne oder mit nur sehr geringem Fieber ein. Es entstehen „auf den Wangen grosse rothe Flecken oder symmetrische, breite, blasse Quaddeln mit rothem Hofe, welche leicht jucken, mitunter stärker brennen, oft gar nicht oder kaum gefühlt werden. Am anderen Tage, selten am selbigen, treten über den Vorderarmen und Unterschenkeln, wieder 1 oder 2 Tage rückläufig über dem Stamme, über Stirn und Schläfe in rascher Ausbreitung oder in zögernd folgenden, wiederholten Nachschüben kleine runde Roseolen oder grössere unregelmässig begrenzte rosenrothe Flecke, Ringe, Guirlanden auf, welche nach wenigen Stunden ihres Bestehens oder bis zum folgenden Tage sich über die Hautfläche kaum merklich erheben und dem tastenden Finger eben fühlbar werden. Bald wird das Centrum der Figuren, seltener die Figur selbst, silbergrau, hellbraun oder graublau. Das Erythem verschwindet anfänglich beim Verstreichen oder Anspannen der Haut gänzlich; später bleibt es als ein gelbliches oder bräunliches Mal auf der blutleer gemachten Haut, stellenweise schwach sichtbar.“ Die Dauer des Ausschlages betrug 3—5 Tage. Die Prognose ist günstig. Die Behandlung beschränkt sich auf Anordnung von Bettruhe. Vom Erythema exsudativum multiforme ist das beschriebene Erythem zu trennen.

Brückner (Dresden).

286. **Pemphigus neonatorum**; von Dr. Friedrich Luithlen. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 4. 1899.)

L. giebt nach einer geschichtlichen Einleitung eine Darstellung der Pathologie des Pemphigus neonatorum. Er bespricht namentlich die Aetiologie und die Diagnose der Erkrankung und glaubt, dass sie durch Kokken erzeugt wird, denen vielleicht keine selbständige, eigenartige Stellung zukommt, die vielmehr in ihrer Virulenz herabgesetzte Staphylokokken darstellen. L. hatte Gelegenheit, in 2 Fällen von Pemphigus neonatorum histologische Untersuchungen anzustellen, deren Ergebniss er mittheilt. In beiden Fällen liessen sich durch die mikroskopische Untersuchung Staphylokokken nachweisen.

Brückner (Dresden).

287. **Die Spontangangrän im Kindesalter**; von Dr. Zuppinger. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 13. 1899.)

Bei einem 5jähr. Mädchen hatte sich im Lösungstadium einer croupösen Pneumonie Gangrän der Rückenhaut, des ganzen linken Fusses und der 3 ersten rechten Zehen eingestellt. Es wurden der rechte Metatarsus I und das rechte Keilbein entfernt, sowie der linke Fuss nach Pirogoff amputirt. Der Defekt der Rückenhaut glich sich allmählich aus. Das Kind blieb am Leben.

Im Anschlusse an diese Mittheilung bespricht Z. die Casuistik der spontanen Gangrän im Kindesalter und das Wesen der Erkrankung auf Grund der bisherigen Mittheilungen.

Brückner (Dresden).

288. **Ueber Noma**; von Dr. Curt Schmidt in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 72. 1898.)

Bei einem $7^1/_4$jähr. Knaben entwickelte sich im Anschlusse an Scharlach Noma. Das Kind starb nach 4wöchigem Aufenthalte im Krankenhause. Die histologische Untersuchung ergab nichts wesentlich Neues. An der Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe fanden sich Stäbchen, die mit den von Schimmelbusch, Lingard, Foote u. A. beschriebenen übereinstimmten. Züchtung gelang nicht. Ausserdem fanden sich lange, zum Theil gewellte Fäden, die sich nicht nach Gram färbten. Ob diese mit dem Jensen'schen Nekrosebacillus identisch sind, steht dahin.

Brückner (Dresden).

289. **Zwei klinisch beobachtete Fälle von allgemeiner und partieller Heterotaxie der inneren Organe**; von Dr. P. Heinze in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 111. 1898.)

H. theilt die klinischen Beobachtungen mit, die an einem $8^1/_2$jähr. Knaben mit vollkommenem Situs inversus viscerum und an einem $2^1/_2$jähr. Knaben mit reiner Dextrokardie gemacht wurden. Brückner (Dresden).

290. **Plötzlicher Tod in Folge Compression der Trachea durch die vergrösserte Thymus**; von Dr. Jérôme Lange in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 119. 1898.)

Ein $3^1/_2$jähr. rhachitisches Mädchen, das sich gut entwickelt, nie Krämpfe, besonders Laryngospasmus, gehabt hatte, wurde, nachdem es in der Nacht geschrien, aber später ruhig geschlafen hatte, früh todt im Bette gefunden. Bei der *Sektion* fand man eine stark vergrösserte Thymusdrüse, die die Luftröhre fast vollständig umschloss und 2 cm oberhalb der Bifurkation in einer Ausdehnung von $1^1/_2$ cm von links hinten nach rechts vorn comprimirte. L. kommt unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur [die Arbeit von Benecke über den Gegenstand hätte wenigstens erwähnt werden können. Ref.] zu dem Schlusse, dass der Tod bei dem Kinde in Folge einer akuten Schwellung der Thymusdrüse eingetreten sei, wodurch die bereits längere Zeit flach gedrückte Luftröhre, vielleicht bei einer plötzlichen Lageveränderung des Halses, akut stenosirt wurde.

Brückner (Dresden).

291. **Plötzlicher Tod durch grosse Thymusdrüse**; von Dr. O. Clessin. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 11. 1898.)

Ein 2monatiger, bisher gesunder Knabe wurde eines Morgens todt im Bette gefunden. Die nach Weigert vorgenommene *Sektion* ergab, dass die stark vergrösserte Thymusdrüse die Luftröhre 2 cm oberhalb der Bifurkation vollständig zusammengedrückt hatte.

Brückner (Dresden).

292. **Zur Aetiologie der Chorea minor.** *Mittheilung eines tödtlich verlaufenen Falles mit bakteriologischer Untersuchung*; von Prof. M. Stooss. (31. med. Bericht über d. Thätigkeit d. Jenner'schen Kinderspitales in Bern während d. J. 1896 u. 1897. p. 27. 1898.)

Ein $13^1/_2$jähr. Mädchen erkrankte im Anschlusse an einen mit Endokarditis complicirten Gelenkrheumatismus an schwerer Chorea, die zum Tode führte. In dem auf der Höhe der Erkrankung durch einen Aderlass gewonnenen Blute waren keine Mikroorganismen vorhanden. Die Sektion ergab eine frische Endocarditis verrucosa und starke Blutüberfüllung des Gehirns und seiner Häute. Aus dem Herzblute wurden spärliche Streptokokken gezüchtet. Die aus den inneren Organen angelegten Culturen blieben steril. St. nimmt an, dass die Chorea in diesem Falle durch Streptokokkentoxine bedingt war, und dass auch die überwiegende Mehrzahl der übrigen Fälle von typischer Chorea in Beziehung zu einer infektiösen Noxe zu bringen ist. Diese braucht keine einheitliche zu sein. Vor allem Rheumatismus, daneben auch Scharlach, Masern, Influenza vermögen Chorea hervorzurufen. In einer Anzahl von Fällen lässt sich ein solcher Zusammenhang nicht feststellen. Vielleicht sind hier Autointoxikationen oder Autoinfektionen im Spiele. Ohne eine nervöse Prädisposition ist aber das Auftreten der Chorea selten. Nach Metelkina waren 53% unter 42 Choreafällen von Rheumatismus abhängig.

Brückner (Dresden).

293. **Eine Epidemie von hysterischen Zufällen in einer Bürgerschule zu Braunschweig**; von v. Holwede. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 229. 1898.)

Im Januar 1898 wurden bei 42 Mädchen einer Bürgerschule im Alter von 8—14 Jahren Anfälle folgender Art beobachtet: Die Mädchen legten, nachdem sie über Kopfschmerz geklagt hatten, den Kopf auf den Schultisch, begannen zu zittern und verfielen in einen schlafähnlichen Zustand. Nach etwa einer halben Stunde erwachten sie von selbst wieder. Während des Schlafes waren die Pupillen mittelweit, träge. Bindehaut und Gesicht waren geröthet. Die Glieder zuckten und zitterten. 8tägiger Schulschluss genügte nicht, um die Erkrankungen zu beseitigen. Das zuerst befallene sonst gesunde Kind wurde nach einem anstrengenden Turnunterricht von dem Anfalle ergriffen; das zweite war ein stark nervös veranlagtes Mädchen. Die Kinder der zuerst befallenen Klasse waren vorübergehend stark im Unterrichte angespannt gewesen. Bezüglich der Verhütung ist wichtig die schnelle Entfernung der zuerst Erkrankten und die Ablenkung der öffentlichen Aufmerksamkeit. (Tagespresse!) Brückner (Dresden).

294. **Oesophagusstenose in Folge von Scharlachdiphtherie, Heilung**; von Dr. Franz Ehrlich. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 42. 1898.)

Ein 5jähr. Knabe bekam im Anschlusse an eine Scharlachdiphtherie eine starke Stenose der Speiseröhre. Es wurde von Schuchard die Gastrotomie ausgeführt. Eine Erweiterung der Stenose im Oesophagoskop von der Fistel aus gelang E. eben so wenig wie eine erfolgreiche Sondirung vom Munde aus. Prof. Rosenheim vermochte nach vieler Mühe im Oesophagoskop vom Munde aus die ausserordentlich enge Stenose zu sondiren und schliesslich Laminariastifte einzulegen. E. übernahm die Nachbehandlung und konnte den Knaben zur vollständigen Heilung bringen. Auf das bei dem Kr. nicht gelungene Verfahren, einer Speiseröhrenstenose von der Gastrotomiefistel aus mit dem Oesophagoskop beizukommen, erhebt E. Prioritätansprüche.

Brückner (Dresden).

295. **L'ulcère rond chez les enfants. Un cas d'ulcère rond de l'estomac, avec perforation chez un enfant de deux mois**; par A. Cadé. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XVI. p. 57. Févr. 1898.)

Ein 2½monatiger Knabe starb nach 7wöchiger Krankheit. Er hatte 4 Wochen lang Durchfall und Erbrechen gehabt, *keinen Blutabgang.* 1 Tag vor dem Tode erschien der Leib stark aufgetrieben; das Erbrechen war sehr heftig. Die *Sektion* ergab ein rundes Magengeschwür in der hinteren Magenwand, nahe dem Pylorus. Das Geschwür war in die Bursa omentalis durchgebrochen.

Nach einer Durchsicht der Literatur kommt C. zu folgenden Schlüssen: Das runde Magengeschwür kommt bei Kindern vor, auch bei Neugeborenen und Säuglingen. Es ist in diesem Alter sehr selten, besitzt jedoch ganz dieselben anatomischen Eigenschaften wie beim Erwachsenen. Die häufigsten Complikationen sind Blutungen und Durchbruch durch die Magenwand. Das Geschwür kann an jeder Stelle des Magens sitzen. Häufiger sind Geschwüre im Zwölffingerdarme, namentlich in der Umgebung der Vater'schen Ampulle. Die Entstehung ist noch nicht völlig aufgeklärt.

Brückner (Dresden).

296. **Die Behandlung der Bronchiolitis, Atelektasis u. s. w. kleinster Kinder mittelst Schultze'scher Schwingungen**; von Dr. Fr. Schilling in Nürnberg. (Münchn. med. Wochenschr. XLV. 11. 1898.)

Sch. empfiehlt die Anwendung Schultze'scher Schwingungen bei der Atelektase und capillären Bronchitis sehr junger Kinder; das Verfahren hat sich ihm in 7 Fällen gut bewährt. In einer Sitzung ist er nicht über 10—12 Schwingungen hinausgegangen und hat danach den Mund der kleinen Kranken sorgfältig von dem sich entleerenden Schleime gereinigt. Brückner (Dresden).

297. **Ein Beitrag zur hämorrhagischen Pleuritis bei Kindern**; von Dr. Karl Lewin. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVII. 4. p. 333. 1898.)

Unter 50 Fällen von Pleuritis exsudativa bei Kindern befanden sich 4 mit blutigem Exsudat. Die Kinder standen im Alter von etwa 1 bis 5 Jahren und genasen. Ein Trauma, eine Constitutionerkrankung oder eine vorhergegangene Infektionkrankheit konnten mit Ausnahme der Influenza nicht nachgewiesen werden. Wahrscheinlich war in den 4 Fällen die Rippenfellentzündung als Complikation der Influenza aufzufassen. Die Unterscheidung der hämorrhagischen Pleuritis von anderen Formen ist nur mit Hülfe der Probepunktion möglich. Die Prognose ist bei Kindern nicht unbedingt ungünstig, zumal wenn Influenza oder Gelenkrheumatismus zu Grunde liegt. Bei der Behandlung ist namentlich auf ruhige Lage und Erhaltung, bez. Hebung der Kräfte Werth zu legen. Bei bedrohlicher Athemnoth oder ungewöhnlich verzögerter Aufsaugung des Ergusses muss punktirt werden. Von Medikamenten ist bei rheumatischer Ursache Salicylsäure zu versuchen.

Brückner (Dresden).

298. **Chronische Nephritis und cyklische Albuminurie im Kindesalter**; von Dr. Arthur Keller in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVII. 4. p. 466. 1898.)

K. berichtet über 18 Fälle von cyklischer Albuminurie, die nicht unter die reinen Formen der von Heubner als „orthotische Albuminurie“ bezeichneten einzureihen sind, sondern vielmehr sämmtlich als chronische Nephritiden aufgefasst werden müssen. Die Aetiologie der Erkrankung war nur in 2 Fällen völlig klar. Hier stellte sich die Anomalie der Nierensekretion ein im Anschlusse an eine Diphtherie, bez. eine Angina. Die Erscheinungen waren nur allgemeine. (Appetitmangel, Blässe, Uebelkeit, Kopfschmerz.) Bei 3 Kindern war die Herzdämpfung verbreitert, der 2. Pulmonalton klappend und ein systolisches Geräusch an der Spitze vorhanden. Oedeme wurden nicht beobachtet. Das auffallendste Symptom war die allgemeine Anämie. Kein Kind kam während der zum Theil langen Beobachtung zur Heilung, keins starb. Die Prognose quoad vitam scheint also nicht so ernst zu sein, wie in den Fällen von chronischer Nephritis mit beständiger Eiweissausscheidung. Brückner (Dresden).

299. **Dermoid cyst over the centre of the large fontanelle**; by A. Jacobi. (Sond.-Abdr. aus Arch. of Pediatr.)

J. entfernte einem $4^{3}/_{4}$jähr. Knaben eine Dermoidcyste von der Grösse einer Haselnuss. Die Geschwulst war schon im 8. Lebensmonate constatirt worden, hatte damals die Grösse einer Kaffeebohne gehabt und mitten über der grossen Fontanelle gesessen. An der Stelle, wo die Geschwulst dem Schädel aufsass, zeigte der Knochen eine Einsenkung. Encephalocele und Meningocele können unter Umständen mit einer derartig gelegenen Cyste verwechselt werden. Brückner (Dresden).

300. **Ueber typische Osteomalacie im Kindesalter**; von Dr. F. Siegert. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 44. 1898.)

Osteomalacie im Kindesalter ist sehr selten. Sie unterscheidet sich von der Rhachitis durch die zuweilen sehr akute Entwickelung, den häufigen Wechsel zwischen Besserung und Verschlimmerung, die heftigen Knochenschmerzen und den tödtlichen Ausgang, sobald die Erkrankung einen einigermaassen hohen Grad erreicht hat. S. hat 3 sichere Beobachtungen von Osteomalacie mit Sektionbefund aus der Literatur zusammengestellt, denen er eine eigene, ebenfalls mit Sektionbefund (15jähr. Knabe) hinzufügt. S. hält durch diese 4 Beobachtungen das „Vorkommen der Osteomalacie auch des wachsenden, weder kurz vor noch am Ende der Verknöcherung angelangten Skeletts ausser Frage gestellt“. Brückner (Dresden).

301. **Die monatlichen Schwankungen der Kindersterblichkeit unter verschiedenen klimatischen Verhältnissen**; von Dr. F. Prinzing. (Sond.-Abdr. aus d. Hyg. Rundschau Nr. 1. 1899.)

In Deutschland ist die Kindersterblichkeit in den Sommermonaten am stärksten, namentlich in Bezirken, in denen wenig gestillt wird und in manchen Städten. Es finden sich bereits in Gebieten von geringer räumlicher Ausdehnung grosse Unterschiede. Noch erheblicher sind die Abweichungen in weit von einander entfernten Ländern. In *Frankreich* zeigt die Umgebung der Grossstädte eine hohe Kindersterblichkeit, da viele Stadtkinder auf das Land gegeben werden. Im Nordosten und Südosten ist die Sterblichkeit ebenfalls gross, im ganzen Westen dagegen klein. Zieht man ganz Frankreich in Betracht, so findet man wie in Deutschland ein Sommermaximum, ein Minimum im November, aber ein etwas grösseres Wintermaximum. Der Nordosten zeigt eine im Sommer steil ansteigende Curve, aber eine geringe Wintersteigerung, die in Paris sehr auffallend ist, während die Sommerakme hier nur im Juli sichtbar wird. (Das hängt damit zusammen, dass im Sommer viele Kinder auf das Land und im Winter in fremde Pflege gegeben werden.) Im nördlichen und centralen Theile des westlichen Frankreichs sehen wir keine Sommersteigerung, dagegen ein beträchtliches Wintermaximum von Januar bis März. (Oceanisches Klima, Ost- und Nordoststürme. Das Stillen ist allgemein verbreitet.) Im Südwesten beobachtet man neben der hohen Steigerung im Winter auch wieder ein grosses Sommermaximum.

In *Italien* ist die Kindersterblichkeit allenthalben eine beträchtliche. In ganz *Oberitalien* ist die Säuglingsterblichkeit in den Wintermonaten eine sehr grosse, nimmt von Osten her gegen die Riviera ab, ist sehr gross in Venetien, beträchtlich in der Lombardei und Piemont, am geringsten in Ligurien. Umgekehrt verhält sich die Sommersterblichkeit. Die Unterschiede im monatlichen Verlaufe der Kindersterblichkeit sind bedeutend. Es spiegeln sich darin vor Allem klimatische Verhältnisse wieder. In *Mittelitalien* ist das starke Wintermaximum am meisten ausgeprägt. Es ist hier ebenfalls im Osten höher als im Westen. An der Ostküste ist, wie in Venetien, das Sommerminimum nur angedeutet. In *Unteritalien* ist die Zunahme der Kindersterblichkeit im Sommer wieder allgemein. Aber auch hier finden wir an der Ostküste die erhebliche Wintersteigerung wieder. Die hohen Wintermaxima an der Ostküste werden bedingt durch die hohe Sterblichkeit der Neugeborenen. Unverständige Pflege, der Mangel an entsprechenden Heizvorrichtungen, an genügendem Verschlusse der Fenster- und Thüröffnungen gegen das Eindringen der Winterkälte sind die Ursache zahlreicher tödtlicher Erkrankungen der Athmungorgane bei den Neugeborenen. Die besseren culturellen Verhältnisse und das mildere Klima der Westküste erklären die niedrigeren Wintermaxima gegenüber der Ostküste. Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

302. **Die Desinfektion der Haut und Hände mittels Seifenspiritus**; von Prof. Mikulicz. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 24. 1899.)

Die zur Zeit üblichen, meist recht complicirten *Desinfektionmethoden* können eigentlich nur in grösseren Krankenhäusern und in Kliniken ohne besondere Schwierigkeiten durchgeführt werden. Schon in kleineren Hospitälern wird es schwer, die nöthige peinliche Sorgfalt walten zu lassen; dem praktischen Landarzte aber und noch mehr dem Feldchirurgen, die beide bis zu einem gewissen Grade improvisiren müssen, wird es schier unmöglich, strenge Aseptik im modernen Sinne des Wortes zu üben. Ganz besonders bedurfte die Desinfektion der Hände und des Operationfeldes einer Verbesserung und Vereinfachung.

M. hat nun in dem *officinellen Seifenspiritus* ein Mittel gefunden, das sich, ohne Mitverwendung von Wasser, zur Desinfektion der Haut und unserer Hände vorzüglich eignet und den bisher bekannten besten Mitteln als ebenbürtig an die Seite stellen lässt. Die Desinfektion mit Seifenspiritus wird am besten in folgender Weise vorgenommen: Sind die Hände mit sichtbarem Schmutze verunreinigt, so wird zunächst ein Stückchen Mull in den Seifenspiritus getaucht und damit werden die Hände abgerieben, bis sie für das Auge gereinigt erscheinen. Dann werden die Unternagelräume mit einem Nagelreiniger gesäubert, und darauf die Hände 5 Minuten lang mit einer sterilen Bürste in Seifenspiritus bearbeitet.

Die Vortheile der *Seifenspiritusdesinfektion* sind folgende: 1) Aus der Entbehrlichkeit der ausgiebigen Wasserwaschung ergiebt sich für den zu Operirenden, namentlich für schwache Personen, ein besonderer Nutzen. Der Kranke braucht nicht

völlig entkleidet zu werden und während der Waschung zum Theil entblösst dazuliegen; es genügt, wenn das Operationfeld mit seiner nächsten Umgebung zur Desinfektion freigelegt wird. Damit ist weniger Gelegenheit zur Erkältung gegeben. 2) Der officinelle Seifenspiritus ist ungiftig und geruchlos; er desodorisirt; er reizt die Haut selbst an den empfindlichsten Stellen nicht, wenn die Einwirkung auf 5 Minuten, die vollkommen genügen, beschränkt bleibt. 3) Die Hände bleiben längere Zeit keimfrei, da der Seifenspiritus eine gewisse Tiefenwirkung hat, indem er auch die tieferen Epidermisschichten durchsetzt und hier längere Zeit festhaftet. 4) Die Desinfektion mit Seifenspiritus stellt sich erheblich billiger als die bisherigen combinirten Desinfektionverfahren, namentlich mit Alkohol. Einen Nachtheil hat der Seifenspiritus bei der Händedesinfektion, den er mit dem Lysol theilt; die Hände werden glatt und schlüpfrig. Dieser Nachtheil fällt weg, wenn man in Trikothandschuhen operirt.

P. Wagner (Leipzig).

303. **Formalin als Heilmittel chirurgischer Tuberkulose**; von Dr. Johannes Hahn. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 24. 1899.)

H. ist bei der *Behandlung chirurgischer Tuberkulosen* vor ca. 2 Jahren zu Versuchen mit *Injektion von Formalin* übergegangen. Nach mannigfachen Proben hat er die frisch bereitete Mischung von Formalin (ca. 35proc. Lösung des Formaldehyds) und Glycerin als das Zweckmässigste befunden. „Die Wirkung ist überall da, wo das Formalin in genügende Berührung mit dem tuberkulösen Herde kommt, eine so vorzügliche, dass ihr wohl kein Mittel irgend an die Seite gestellt werden kann.“ Diejenigen Tuberkulosen, die sich am besten für die Formalinbehandlung eignen, sind die Tuberkulose der Gelenke, besonders wenn sie zur Vereiterung gekommen, aber noch nicht aufgebrochen sind, und die Abscesse, und zwar auch die Senkungabscesse, sowie besonders noch das tuberkulöse Empyem der Pleura. Nach der Formalin-Glycerininjektion folgt meist eine mehr oder weniger heftige, mit Schwellung und häufig mit Fieber bis über 39° einhergehende Reaktion; die starken Schmerzen müssen öfters mit Morphium bekämpft werden. Bedingung für die dauernde Ausheilung ist, dass keine nekrotischen tuberkulösen Massen zurückbleiben.

P. Wagner (Leipzig).

304. **Ueber die klinische Diagnose von Endotheliomen und ihre eigenthümliche Metastasenbildung**; von Dr. N. Tanaka. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3. 4. p. 209. 1899.)

T. hat 7 *Endotheliome,* die in der Scriba'schen chirurg. Klinik in Tokio zur Beobachtung kamen, klinisch und pathologisch-anatomisch genau untersucht. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass das Endotheliom jederzeit bösartig werden kann. Die Bösartigkeit zeichnet sich vor der Bösartigkeit anderer Geschwülste in ganz charakteristischer Weise aus durch ein continuirliches Weiterwachsen der Muttergeschwulst in Form von Fäden längs der Lymphspalten. Diese Zellenfäden können eine Zelle dick sein oder auch bis zu sichtbaren und fühlbaren, aus Zellenzapfen bestehenden Strängen heranwachsen. Gelangen sie in ein etwas derberes, widerstandsfähigeres Gewebe, etwa in die Kapsel der Lymphdrüse, so wachsen sie in den abgeschlossenen Räumen zu einem neuen Tumor an, der dann später wieder eigene Fäden aussenden kann. *Endotheliome* sind mehr oder weniger ausgezeichnet durch ihren Sitz. Sie halten nicht bestimmte Orte ein, sondern können sich an jeder beliebigen Stelle und in allen möglichen Geweben des Körpers entwickeln, haben aber doch ihre Lieblingsitze: Parotis und ihre Umgebung, Submaxillardrüse, Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, Gesichtshaut, Gesichts- und Schädelknochen, Gehirnhäute, Unterhautzellengewebe, besonders häufig der Glieder, seltener des Rumpfes, Knochen und Periost, seröse Häute und Lymphdrüsen, submuköses Gewebe der Scheide, periartikuläres Gewebe, Ovarien, Nieren. Endotheliome können sich in jedem Lebensalter entwickeln; ihre Consistenz ist nach dem Sitze und dem Ursprunggewebe verschieden und schwankt zwischen fluktuirend und knorpelhart. Im Allgemeinen gehören sie den weicheren Tumoren an. Sie haben die Eigenschaft, häufig zu ulceriren. Das bei Weitem charakteristischste Symptom ist die Lymphdrüsenschwellung oder auch die Bildung von Tochterknoten in anderen Geweben. Die Drüsenschwellungen sind bei Endotheliomen elastisch-weich bis fluktuirend und stets weicher als die Muttergeschwulst. Das Wachsthum ist meist langsam, so lange die Geschwulst abgekapselt ist.

Die *Prognose* ist nur günstig, so lange wir im Stande sind, alles Kranke auszurotten. Bei diffuser Verbreitung an einer Extremität muss zeitig amputirt werden.

P. Wagner (Leipzig).

305. **Versuche über die Transplantation des Intermediärknorpels wachsender Röhrenknochen**; von Prof. Helferich. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 564. 1899.)

H. führte seine Versuche so aus, dass er die dem Intermediärknorpel anliegenden Knochenpartien mit wegnahm und wieder mit implantirte; das Diaphysenstück war regelmässig etwas länger als das Epiphysenstück. Das deckende Periost wurde sorgfältig mit excidirt und danach ebenso mit implantirt. Als Operationfeld wählte H. das untere Ulnaende junger Kaninchen.

Die Versuche ergaben unwiderleglich, dass, wenn der Intermediärknorpel in der eben angegebenen Weise herausgenommen und replantirt wird, er unter günstigen Verhältnissen seine normalen Lebenseigenschaften, speciell seine Produktion-

fähigkeit für das Knochenwachsthum nicht einzubüssen braucht. Eine Verminderung dieser Leistung ist sicher festzustellen, allein von einem völligen Verluste dieser Fähigkeit ist gar keine Rede. P. Wagner (Leipzig).

306. **Zur Reimplantation des resecirten Intermediärknorpels beim Kaninchen**; von Dr. Enderlen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 574. 1899.)

E. hat die mikroskopische Untersuchung der Helferich'schen Transplantationpräparate ausgeführt. Wir können von diesen genauen Untersuchungen hier nur die Schlussergebnisse mittheilen: „1) Der excidirte und reimplantirte Intermediärknorpel behält einen grossen Theil seiner Vitalität bei. 2) Am besten erhalten sind die nahe dem Perichondrium und der Encoche gelegenen Theile des Intermediärknorpels, während sich in den mittleren Partien Degeneration breit macht. 3) Der Intermediärknorpel erfährt eine ziemlich beträchtliche Höhenzunahme. 4) Die in späterer Zeit auftretende Höhendifferenz (im Intermediärknorpel) entsteht aus der Ossifikation, die vom lebenden Knorpel aus stattfindet, beim degenerirten aber nicht. 5) In den mitentfernten Knochenstücken bleiben einzelne Theile lebensfähig; an die degenerirten Knochenbalken lagert sich osteoides Gewebe und neue Knochensubstanz an. 6) Die Ulna bleibt im Wachsthume zurück, daraus entsteht die Krümmung des Radius."

P. Wagner (Leipzig).

307. **Das Schicksal replantirter Knochenstücke vom histologischen Gesichtspunkt aus betrachtet**; von Dr. Fischoeder. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 840. 1899.)

Bekanntlich können aus ihrem Verbande vollkommen losgelöste Knochenstücke, wenn sie in die alte Lücke oder in einen Knochendefekt gesetzt werden, einheilen. Nach den Untersuchungen von J. Wolff und David behalten solche Knochenstücke ihre „Vitalität"; dem gegenüber behauptet Barth auf Grund sehr zahlreicher, zum Theil über mehrere Monate sich erstreckender Thierversuche, dass diese replantirten Knochenstücke absterben und als Fremdkörper in feste Verbindung mit dem Randknochen treten. F. hat auf Veranlassung von Neumann diese Frage auf's Neue geprüft, und zwar wesentlich vom histologischen Gesichtspunkte aus. Die Ergebnisse seiner Versuche stimmen vollständig oder fast vollständig mit denen Barth's überein, d. h. *der replantirte Knochen stirbt ab.* Die Einzelheiten sind in der Originalarbeit nachzulesen.

P. Wagner (Leipzig).

308. **Zur Kenntniss der Osteome des Unterkiefers**; von Dr. E. Eckert. (Beitr. z. klin. Chir. XXIII. 3. p. 674. 1899.)

Die *Osteome* der Kiefer sind recht selten. E. theilt zunächst einen in der Mikulicz'schen Klinik beobachteten Fall von reinem *Osteom des Unterkiefers* mit.

Bei der 50jähr. Kranken sass am Gelenkkopfe des rechten Unterkiefers ein annähernd pflaumengrosses Osteom, das den Gelenkkopf allmählich nach vorn und unten gedrängt und so zu einer eigenthümlichen Schiefheit des Gesichtes geführt hatte. *Resektion von Gelenkkopf und Osteom; Heilung.*

E. hat aus der Literatur noch 18 Fälle von *Osteom des Unterkiefers* zusammengestellt. Die Geschwülste können von der äusseren Fläche des Knochens oder von der Diploë ihren Ausgang nehmen; hinsichtlich des Sitzes ist der horizontale Ast bevorzugt. Die meisten hierher gehörigen Geschwülste sind im jugendlichen Alter entstanden. Am Unterkiefer überwiegen bei Weitem die *Elfenbeinosteome;* es folgen die *spongiösen,* zuletzt die aus jungem Knochengewebe zusammengesetzten. *Aetiologisch* spielt entschieden die Erblichkeit eine gewisse Rolle; nicht selten werden auch traumatische Veranlassungen oder operative Eingriffe als Ursachen der Osteombildung angeschuldigt.

Bei dem langsamen Wachsthume der Osteome kann eine geraume Zeit vergehen, ehe sie überhaupt irgend welche Erscheinungen machen.

Die *Diagnose* des Unterkieferosteoms wird sich in der Regel auf das Vorhandensein eines mehr oder weniger grossen, knochenharten, dem Knochen fest anhaftenden, schmerzlosen, auf Druck nicht empfindlichen Tumor stützen. Gewöhnlich ragt er nach aussen hervor, seltener ist er durch Palpation von der Mundhöhle aus erst nachweisbar. Pergamentknittern fehlt.

Die *Prognose* des uncomplicirten Unterkieferosteoms ist durchaus günstig.

Die *Behandlung* hat in der Entfernung der Geschwulst zu bestehen, wenn überhaubt ein Eingriff angezeigt ist. P. Wagner (Leipzig).

309. **Ueber Exostosen des Unterkiefers**; von Prof. F. Hofmeister. (Beitr. z. klin. Chir. XXIII. 3. p. 693. 1899.)

H. berichtet aus der v. Bruns'schen Klinik über eine 27jähr. Kr., bei der sich im 14. Lebensjahre unter dem Bilde akuter Entzündung in wenigen Wochen eine grosse, diffuse Geschwulst des linken Unterkiefers bildete, bei der im Verlaufe der 13jähr. Leidenszeit, die sich anschloss, weniger die Zunahme des Umfanges als der Consistenz auffiel. 13 Jahre lang bestand Fisteleiterung und es entleerten sich zahlreiche Sequester. In diesem chronischen Stadium der Krankheit fehlten subjektive Beschwerden, die sich nur bei Gelegenheit intercurrenter akuter Entzündungen, die von der Kr. als „Rothlauf" bezeichnet wurden, stärker geltend machten. *Excision der linken Unterkieferhälfte sammt der Hyperostose.* Ausser der diffusen Hyperostose am aufsteigenden Kieferaste fanden sich in der Peripherie massige, knollig warzige Exkrescenzen von compaktem, elfenbeinartigem Bau, die sich ganz wie selbständige Geschwülste ausnahmen und theilweise deutlich gestielt waren. Das Merkwürdigste an dem Präparate waren die massenhaften, discontinuirlichen Osteome, die sich in den schwielig verdickten Weichtheilen gebildet hatten.

Bezüglich der *Aetiologie* glaubt H., dass es sich in seinem Falle um eine *spontane akute Osteomyelitis* gehandelt habe. P. Wagner (Leipzig).

310. **Ein Fall von Kieferklemme, bedingt durch interstitielle Myositis des Masseters**; von Dr. R. Seggel. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 485. 1899.)

S. theilt aus der Münchener chirurg. Klinik einen Fall von *Kieferklemme* mit, der durch *interstitielle Myositis des linken Masseters* bedingt war. Lues und progressive ossificirende Myositis waren bei dem 48jähr. Kr. als Ursache der Erkrankung auszuschliessen. Wahrscheinlich war es auf Grund von mehrfachen, anscheinend sehr roh ausgeführten Zahnextraktionen zu einer starken, reaktiven Entzündung der gesammten Weichtheile und des Periostes gekommen. Die Schwellung nahm ab, nur im Masseter trat keine Rückbildung ein, der Process schritt allmählich vor und wurde anlässlich einer Erkältung manifest. Der immer weiter gehende Ersatz von Muskelgewebe durch fibröses Gewebe führte dann zur fortschreitenden Kieferklemme. Die *Operation* (Resektion des aufsteigenden Unterkieferastes und des hintersten Theiles des Horizontalastes, Exstirpation des Masseter) beseitigte die Kieferklemme. Funktioneller Erfolg trotz Prothese mässig.

Die Arbeit enthält noch einen Ueberblick über die bisher beobachteten Fälle von rein myogener Kieferklemme, namentlich auch in ätiologischer Hinsicht. P. Wagner (Leipzig).

311. **Beitrag zur Heilung der narbigen Kieferklemme**; von Dr. Karewski. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 20. 1899.)

K. berichtet über einen Fall von in frühester Jugend entstandener *narbiger Kieferklemme*. Das Leiden bestand zur Zeit der Operation 14 Jahre und hatte zu totalem Verluste der Wangentheile mit Ausnahme der äusseren Haut, sowie zu weitest gehender knöcherner Verlöthung der Kiefer und zu Wachsthumstörungen geführt. Die Resektion des Kiefers verbunden mit Wangenbildung aus einem der Halshaut entnommenen dublirten Lappen ergab ein sehr gutes funktionelles und kosmetisches Resultat. Der Mund kann bis zu 3 cm Weite geöffnet werden. P. Wagner (Leipzig).

312. **Zur Technik der Larynx-Exstirpation**; von Dr. O. Föderl. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 803. 1899.)

Auf Grund einer vortrefflich geheilten Resektion der Luftröhre hat F. versucht, auch nach der Entfernung des Kehlkopfes die Continuität des Respirationtractus durch die Naht wieder herzustellen.

Bei dem 52jähr. Kr. musste wegen Carcinom eine *totale Larynxexstirpation* vorgenommen werden; nur eine Spange der Cart. cricoidea konnte stehen bleiben. „Nachdem man die hinteren Schleimhautränder zur Adaption gebracht, einen dicken Katheter von der Nase aus in den Oesophagus zur folgenden Ernährung eingeführt und die Trachea mit einem zum Munde herausgeleiteten Jodoformgazestreifen tamponirt hatte, wurden das Os hyoideum und der Rest der Cart. cricoidea mit drei starken Catgutnähten umstochen und deren Fäden geknüpft. Durch die Verankerung der Trachea mit dem Os hyoid. war die Continuität des Respirationtraktes nach oben wieder hergestellt. Die Adaption gelang ohne Schwierigkeit. Nicht durchgreifende Seidennähte vervollständigten den Abschluss gegen das Wundcavum.“ Der Erfolg war sehr günstig. Nach 8 Mon. war der Kr. noch recidivfrei; er trug eine gefensterte Kanüle und konnte sich auf 30 Schritte verständlich machen. Der Aditus ad tracheam war je von einem vorderen und hinteren Schleimhautwulst begrenzt. Der Kr. konnte alle Speisen auf natürlichem Wege geniessen; nur bei flüssigen verschluckte er sich manchmal.

Durch die Herstellung der Continuität sind kaum andere Wundverhältnisse innerhalb des Respirationtractus gegeben als nach einer endolaryngealen Operation oder einer Verletzung des Kehlkopfes. Man hat eine fast lineare, cirkuläre Wunde; der Respirationtractus ist von der übrigen Wundhöhle abgeschlossen; damit begegnet man der grössten Gefahr, einer Pneumonie, durch aspirirtes Wundsekret. Bezüglich Phonation und Deglutition werden sich die Verhältnisse noch günstiger gestalten, wenn die Epiglottis mit den aryepiglottischen Falten erhalten werden kann.

P. Wagner (Leipzig).

313. **Zur Resektion des Halsabschnittes der Speiseröhre wegen Carcinom**; von Dr. F. de Quervain. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 860. 1899.)

de Qu. theilt folgende Beobachtung mit.

50jähr. Kr. mit *primärem Oesophaguscarcinom*. Starke Stenoseerscheinungen. Die Striktur begann in der Höhe des unteren Ringknorpels. *Gastrostomie* nach Kocher-Witzel. 10 Tage später *ringförmige Oesophagusresektion* von einem linkseitigen Schnitte aus. Die Länge des Speiseröhrendefektes betrug 9 cm, die untere Grenze lag 4—5 cm unterhalb der Incisura jugularis. Vollkommen glatter Wundverlauf. 14 Tage später war der Oesophagus schon völlig verschlossen. Die Wunde endete nach unten blindsackförmig, während sie nach oben durch eine für den kleinen Finger passirbare Oeffnung mit dem Pharynx in Zusammenhang stand. 2 Mon. später *Recidiv* im retrosternalen Theile der Luftröhre.

de Qu. hat aus der Literatur 13 ähnliche Operationen zusammengestellt. Alle Kranken, die die Operation überlebten, starben an Recidiv. Am längsten ($1^1/_4$ Jahr) lebte eine von Czerny operirte Kranke. In Bezug auf die Ausdehnung des Krebses nach unten steht de Qu.'s Fall einzig da: der Oesophagus wurde bis an den oberen Rand des Aortenbogens resecirt.

Zum Schlusse stellt de Qu. folgende Sätze auf: 1) Alle Oesophaguscarcinome, deren untere Grenze nicht tiefer reicht als der obere Rand des Aortenbogens, sind der Exstirpation vom Halse her zugänglich, vorausgesetzt, dass sie noch beweglich sind. Als tiefste obere Grenze kann eine Entfernung von der Zahnreihe von 20 cm angesehen werden. 2) Die *Tracheotomie* als Voroperation ist nur in seltenen Ausnahmefällen angezeigt. Ist bei der Oesophagusresektion eine Eröffnung, bez. Resektion der Luftwege nöthig, so ist sie, wenn irgend möglich, auf das *Ende* der Operation aufzusparen. 3) Die *Oesophagotomie* als Voroperation ist in der Regel durch eine gut ausgeführte *Gastrostomie* zu ersetzen. 4) Die *Gastrostomie* ist das beste Mittel, den Wundverlauf nach der Oesophagusresektion günstig zu gestalten. Sie ist unumgänglich nothwendig bei tiefen Resektionen des Oesophagus und wünschenswerth bei der Operation höher gelegener Stenosen. 5) Gelingt es bei der Operation nicht, das untere Oesophagusende im Wundwinkel zu fixiren, so kann es, wo möglich unterbunden, ohne Gefahr in den Thoraxraum ver-

senkt werden. Eine bleibende Magenfistel ist für den Kranken angenehmer und weniger gefährlich als eine beständig zu dilatirende Narbenstenose in der Gegend des Aortenbogens. 6) Wird auf eine Vereinigung der Oesophagusenden verzichtet, so ist eine Speichelfistel am Halse aufrecht zu erhalten. 7) Bei der Nachbehandlung ist das Hauptgewicht auf häufigen Verbandwechsel mit einer antiseptischen Gaze und auf guten Abschluss der mediastinalen von der pharyngealen Wundhälfte zu legen. P. Wagner (Leipzig).

314. **Considérations sur la gastrostomie en général et sur le procédé de Marwedel en particulier dans les sténoses cancéreuses de l'oesophage**; par le Dr. J. Barozzi. (Paris 1898. G. Carré et C. Noud.)

B. bespricht in einer ausführlichen Arbeit zunächst die Indikationen der Gastrostomie und den Werth der alten Methoden gegenüber den neuen Operationen. Er behandelt dabei vor Allem die Marwedel'sche Methode der Gastrostomie, die er, als Erster in Frankreich, 12mal ausgeführt hat.

Er kommt zu folgenden Schlüssen: Die Gastrostomie ist eine durchaus rationelle Operation, die bei Carcinom des Oesophagus *möglichst frühzeitig* ausgeführt werden soll, und zwar sofort, sobald die Diagnose feststeht und überhaupt Schluckbeschwerden auftreten. In späteren Stadien, bei bestehender Kachexie, wenn nur noch mit Mühe und Noth Flüssigkeiten die Stenose passiren, stellt die Gastrostomie einen sehr schweren Eingriff dar, der nur zu häufig den Tod zur Folge hat. Die Operation sollte deshalb bei feststehender Diagnose *sofort* gemacht werden, ohne Berücksichtigung des *Grades* der Schluckbeschwerden.

Die modernen Operationen nach Ssebanejew, Frank, Witzel, Kader, Marwedel u. A. sind dem alten Verfahren unbedingt überlegen.

Speciell die Marwedel'sche Operation stellt einen relativ leichten und rasch ausführbaren Eingriff dar und bietet durch die Schaffung eines intraparietalen Fistelkanals in der Magenwand die beste Garantie für eine dauernde Continenz des Magens. B. hat im Ganzen 35 Fälle von Gastrostomie nach Marwedel zusammengestellt; von den 12 eigenen Kranken starben 5 in den ersten Tagen nach der Operation; je früher operirt wurde, um so besser war der Erfolg.

F. Krumm (Karlsruhe).

315. **Ueber die chirurgische Behandlung gutartiger Magenkrankheiten**; von Dr. W. Petersen. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 24. 25. 1899.)

In der Heidelberger chirurg. Klinik wurden bisher 76 *Operationen bei gutartigen Magenkrankheiten* ausgeführt. Den Hauptindikationen nach entfielen auf Pylorus-, bez. Duodenalstenose 55 Fälle, auf Gastralgien und Erbrechen 7 Fälle, auf Blutungen 3, bez. 7 Fälle, auf atonische Ektasie 1 Fall. Es wurden folgende Operationen ausgeführt: Excision des Geschwürs 5mal (1 gest.); cirkuläre Pylorusresektion 4mal (2 gest.); Pyloroplastik, bez. Duodenoplastik 8mal (1 gest.); Gastroenterostomie 45mal (4 gest.); Cholecystostomie 1mal; Cholecystendyse und Duodenoplastik 1mal; Cholecystotomie und Gastroenterostomie 2mal; innere Pyloroplastik 1mal; Lösung von Adhäsionen 3mal; Divulsion des Pylorus 1mal; Gastroenteroplastik, bez. Enteroplastik 4mal; Probelaparotomien 2mal.

Auf 76 Operationen kamen im Ganzen 8 = 11% *Todesfälle.* Von diesen waren nur 2 durch einen technischen Fehler, d. h. einen Nahtdefekt mit Peritonitis, verursacht; ein weiterer durch Nachblutung aus einem unvollständig excidirten Ulcus; die 5 übrigen Kranken wurden von dem gefährlichsten Feinde, der stark heruntergekommene Kranke nach einer Magenoperation bedroht, von der Pneumonie, dahingerafft. Die Resultate haben sich im Laufe der Jahre ausserordentlich gebessert. Die wesentlichsten Ursachen hierfür sind: Zuweisung der Kranken in besserem Kräftezustande; zunehmende Erfahrung in der Auswahl der Operationmethoden, vor Allem möglichste Vermeidung der eingreifenden Excision und Resektion; verbesserte Technik bei der Ausführung der gewählten Methode, insbesondere Einführung des Murphy-Knopfes. Was die *Dauerresultate* anlangt, so sind 60 Fälle zu verwerthen, in denen sich eine anatomische Grundlage des Leidens fand, und die genügend lange und zuverlässig beobachtet sind. 40 Kranke wurden mit völliger Wiederherstellung der Gesundheit und guter motorischer Funktion des Magens *vollkommen geheilt.* 6 Kranke wurden *erheblich gebessert,* ohne dass die Beschwerden völlig beseitigt werden konnten. 6 Kranke blieben ungeheilt, 8 starben.

Die *wichtigsten Anzeigen zu chirurgischen Eingriffen bei gutartigen Magenerkrankungen* fasst P. folgendermaassen zusammen: 1) *Absolute Indikation:* Pylorusstenose mit mechanischer Insufficienz schwereren Grades (dauerndes Sinken der Urinmenge und des Körpergewichtes). 2) *Relative Indikationen* (d. h. eintretend nach Erschöpfung der Hülfsmittel der internen Therapie): a) atonische mechanische Insufficienz schwereren Grades, b) bedrohliche Blutungen, c) schwere Gastralgien und unstillbares Erbrechen (durch frisches Ulcus, Ulcusnarbe, Perigastritis, Adhäsionen).

P. Wagner (Leipzig).

316. **Résultats éloignés de 20 gastro-entérostomies**; par H. Hartmann et M. Soupault. (Presse méd. Nr. 14; Févr. 18. 1899.)

H. u. S. haben bei 20 Gastroenterostomirten die Wirkung der Operation nach verschiedenen Richtungen hin verfolgt und festgestellt, dass zunächst im Allgemeinbefinden besonders das Verschwinden oder doch wenigstens die Linderung aller subjektiven Beschwerden selbst in den schwer-

sten Fällen zu verzeichnen war. Die Zunahme des Körpergewichtes (bis zu 16 kg in 2 Monaten) war natürlich bei vorhandenem Carcinom im Allgemeinen weniger hervortretend, in einzelnen Fällen aber auch hier befriedigend. Die Dimensionen des Magens gingen nach der Operation stets zurück, theils rasch, theils langsam. Je nach dem Zustande der Muscularis konnte man schon bei der Operation nach dieser Richtung hin eine Prognose stellen.

In 16 von den 20 beobachteten Fällen schloss die neue Anastomosenöffnung bei Aufblähung des Magens tadellos. Die motorische Funktion des Magens wurde durch die Operation stets gehoben, ohne aber die Norm zu erreichen, oft trat die Besserung erst nach Wochen ein. Der Chemismus des Magens wurde durch die Operation insofern verändert, als der Säuregehalt stets abnahm, die abnormen Gährungerscheinungen aufhörten, oft unmittelbar nach der Operation. Der Rückfluss von Galle in den Magen wurde nur in 1 Falle vermisst, ohne dass durch die Anwesenheit von Galle jemals Störungen entstanden. Die vor der Operation bestehende Obstipation hörte meist auf, einige Male traten Diarrhöen an ihre Stelle. Die Urinausscheidung wurde normal, der Nahrungaufnahme entsprechend. F. Krumm (Karlsruhe).

317. **Schlussbericht über einen Fall von totaler Magenexstirpation**; von Dr. C. Schlatter. (Beitr. z. klin. Chir. XXIII. 3. p. 589. 1899.)

Die 56jähr. Kranke, bei der Sch. wegen eines kleinalveolären Drüsenzellencarcinoms eine *Totalexstirpation des Magens* vorgenommen hat (vgl. Jahrbb. CCLVII. p. 151. 174), ist 14 Mon. nach der Operation gestorben. Die *Leichendiagnose* lautete: Carcinomatöse Metastasen der mesenterialen, retroperitonäalen, bronchialen und supraclavikularen Lymphdrüsen mit Uebersäung der Pleura pulmonalis durch metastatische Carcinomknötchen. Die naheliegende Vermuthung, dass sich durch Erweiterung von Oesophagus oder Darm ein den Magen ersetzendes Divertikel im Verdauungtractus gebildet hätte, traf nicht zu. „Ein volles Jahr hat die magenlose 57jähr. Frau sozusagen beschwerdefrei unter bedeutender Zunahme ihres Körpergewichtes zugebracht, konnte sogar noch bis in ihre vorletzte Lebenswoche hinein ausserhalb des Krankenhauses herumgehen, ist dann aber mit dem Eintritte der Kachexiesymptome rapid ihrem Leiden erlegen.“ P. Wagner (Leipzig).

318. **Ueber eine Dünndarmgeschwulst (Lymphangiom) als Operationsbefund bei einem eingeklemmten Schenkelbruch**; von Dr. v. Hopffgarten. (Deutsche Ztschr. f. Chir. L. 5 u. 6. p. 419. 1899.)

Bei einer 45jähr. Kr., bei der eine rechtseitige Schenkelnetzhernie wegen Einklemmungerscheinungen operirt wurde, fand sich als Bruchinhalt kein Netz, sondern ein der convexen Seite des Darmes aufsitzender 4.75 cm langer, 3.5 cm dicker prallelastischer Tumor, der mit Resektion der Darmwand excidirt wurde. Es erfolgte glatte Heilung. Die weitere Untersuchung der Geschwulst ergab, dass es sich um eine cystische Geschwulst handelte, die von dem Lymphgefässnetze zwischen den beiden Muskelschichten des Dünndarmes ihren Ausgang nahm, um *ein Lymphangiom mit myxomatöser Entartung*, und zwar zeigte sich eine *Wucherung* sowohl der *bindegewebigen Matrix*, wie der *Lymphgefässendothelien*.

Der eingehend beschriebene Tumor ist sowohl seiner Genese als seinem Vorkommen am Dünndarme nach als einzig in seiner Art zu betrachten.

F. Krumm (Karlsruhe).

319. **Ein Fall von fünfzehnfacher, zum Theil spastisch-entzündlicher Darmstenose tuberkulösen Ursprunges**; von Hans Strehl. (Deutsche Ztschr. f. Chir. L. 5 u. 6. p. 411. 1899.)

St. theilt die Krankengeschichte einer 29jähr. Pat. mit, bei der wegen eines tuberkulösen Ileocökaltumor und zunehmender Stenose des Darmes die Laparotomie gemacht wurde. Da sich bei der Operation am Ileum noch weitere 14 strikturförmige Einziehungen und Verengerungen feststellen liessen, die zum Theil nur die Weite eines Federkiels hatten, wurde von einer radikalen Operation abgesehen und nur eine Anastomose zwischen Ileum und Colon ausgeführt. Die Pat. starb unter zunehmenden Lungenerscheinungen und bei der *Sektion* zeigte es sich, dass an den eingeschnürten Stellen eigentliche narbige Stenosen nicht vorhanden waren, sondern frische Geschwüre und dass die bei der Operation gesehenen Stenosen spastisch entzündlicher Natur gewesen sein mussten. F. Krumm (Karlsruhe).

320. **Zur Diagnose der Achsendrehung bei bestehendem Mesenterium ileo-coeci commune**; von O. von Schiemann. (Petersb. med. Wchnschr. XXIX. 2. 1899.)

Bei der Achsendrehung des Coecum unterscheidet man, wie auch sonst, Drehungen um die Mesenterialachse und Drehungen um die Darmachse.

Die Drehungen um die Mesenterialachse setzen akut ein und haben den akuten Verlauf des Strangulationileus, ihr typisches Symptom ist Dehnung der betroffenen Schlinge bei erloschener Peristaltik. Die Drehung um die Darmachse, die da zu Stande kommt, wo ein beweglicher Darmtheil in einen fixirten übergeht, führt nicht zum völligen Verschlusse der Darmlichtung, sondern zu Stenose, Zerrung, Ernährungstörungen an der Drehungstelle; ihr Verlauf ist ein meist chronischer, das Bild das des Obturationileus mit Blähung der oberhalb der Stenose liegenden Darmpartie und erhaltener, klinisch nachweisbarer Peristaltik. An charakteristischen Symptomen finden sich ausserdem noch ein meist asymmetrisch aufgetriebenes Abdomen; langsames Auftreiben des Abdomen, spätes Erbrechen, später Collaps, die charakteristischen Zeichen des Dickdarmverschlusses. Therapeutisch ist vor der Darreichung von Opium oder gar von Abführmitteln zu warnen. Klysmata können hingegen von Werth sein. Die Laparotomie wird bei früh gestellter Diagnose die besten Erfolge haben, während jetzt noch die Mortalitätziffer der Operirten in Folge meistentheils schon bestehender Peritonitis 75% beträgt.

F. Krumm (Karlsruhe).

321. **The advantages of a permanent abdominal anus and of total closure of the sacral end of the rectum, in operations for cancer of the rectum**; by W. W. Keen. (Sond.-Abdr.: Journ. of the Amer. med. Assoc. Aug. 13. 1898.)

K. hat in 2 Fällen von Rectumcarcinom, um die Nachtheile eines sacralen Afters zu vermeiden, die er im Tragen einer Bandage, im unwillkürlichen Abfliessen von Schleim und Faeces und im Prolaps der Schleimhaut sieht, das obere resecirte Mastdarmende völlig durch Naht verschlossen und den schon einige Zeit vor der Hauptoperation angelegten künstlichen inguinalen After bestehen lassen. Er sieht die Vortheile dieser Methode ausser in der Vermeidung des sacralen Afters darin, dass vor der Hauptoperation durch den inguinalen After eine gründliche Entleerung des Darmes erreicht, der untere zu resecirende Darmabschnitt von unten und oben gereinigt und desinficirt werden kann, dass ferner die Wunde von Darminhalt (vorausgesetzt, dass die Naht hält) völlig frei bleibt, leichter also eine primäre Vereinigung erzielt wird. Der inguinale After kann besser controlirt und besser durch eine Bandage verschlossen werden. Beide nach der neuen Methode operirten Patienten fühlen sich völlig wohl, der eine geht auch seinem schweren Gewerbe als Hufschmied wieder nach.

F. Krumm (Karlsruhe).

322. **Colostomie mit Sphinkterbildung aus dem linken Musculus rectus abdominis**; von Prof. v. Hacker. (Beitr. z. klin. Chir. XXXIII. 3. p. 628. 1899.)

Die Vornahme der *Colostomie* zur Erzielung eines bleibenden künstlichen Afters ist indicirt bei hochsitzendem, nicht verschieblichem, fest mit der Nachbarschaft, der Prostata, der Blase, dem Kreuzbein, verwachsenem *Mastdarmkrebs*. v. H. hat die Colostomie nach den verschiedensten Methoden ausgeführt; seitdem er den Rectus zur Sphinkterbildung bei der Gastrostomie empfohlen, hat er stets daran gedacht, ihn auch zur Colostomie zu verwenden. In 3 Fällen von inoperablem Rectumcarcinom hat v. H. nun in folgender Weise operirt:

Schnitt wie bei der gewöhnlichen Colotomia iliaca parallel dem Ligamentum Poupartii. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Auseinanderdrängen der Muskulatur folgt eine genaue Orientirung über das Verhalten und die Beweglichkeit der S-Schlinge. Hierauf wird diese so vorgezogen, dass nach oben und aussen das zuführende, nach unten und innen das abführende Stück liegt. In dieser Lage wird die Schlinge an den inneren Wundwinkel gezogen und an ihrer Basis rings mit dem Peritoneal-Fascien-Wundrande umsäumt, so dass bei Compression des abführenden für den zuführenden Schenkel genügender Raum bleibt. Hierauf dringt man längs der Fascia transversa nach innen bis zum äusseren Rande des Rectus vor. Dieser wird sodann von aussen nach innen in eine vordere und hintere Hälfte getrennt: durch diesen Schlitz wird die Schlinge, die jetzt allenfalls noch einer leichten Drehung unterworfen werden kann, durchgezogen und am inneren Rectusrande in einem von aussen auf ein durchgeführtes Elevatorium gemachten Hautschnitt eingenäht, nachdem durch einen kleinen Spalt im Mesenterium der Schlinge ein dann auf der Bauchhaut reitendes dickwandiges Drainrohr oder ein Bolzen durchgesteckt war. Die erste Wunde wird sodann in ihren einzelnen Schichten vollständig vernäht.

Das funktionelle Resultat dieses Verfahrens war in 2 Fällen völlig befriedigend; in dem einen Falle kann über das Endresultat nichts gesagt werden, da die Kranke, bei der eine tadellose Heilung der gesetzten Wunde erfolgt war, bald an einer von dem Zerfalle retroperitonäaler carcinomatöser Drüsen ausgehenden Pleuritis starb.

P. Wagner (Leipzig).

323. **Om transplantation af oment i bukhålan**; af Prof. K. G. Lennander. (Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 5. s. 326. 1899.)

Noch festsitzendes Omentum eignet sich vortrefflich dazu, um die Naht bei Gastro-Enterostomie, Cholecysto-Enterostomie, Ileocolostomie und nach Resektion aus dem Colon transversum herumgeschlagen zu werden, oder zur Bedeckung vernähter Magengeschwüre. In einem Falle, in dem L. einen gänsekieldicken Strang zwischen Duodenum und vorderer Bauchwand exstirpirt hatte, sah und fühlte er, dass ein Duodenalgeschwür sich der Serosa näherte; eine Verengung des Duodenum war nicht nachzuweisen. L. stand deshalb von der beabsichtigten Gastro-Enterostomie ab und bedeckte das Duodenum mit einer doppelten Omentumbekleidung. Der Erfolg war gut und dauernd.

Nach Exstirpation des Proc. vermiformis kann das Omentum eine zweckmässige Bedeckung für den Stumpf oder besser für den Saum, unter den der Stumpf invaginirt ist, liefern oder für Ligaturen im Mesenteriolum, indem man mit dem Thermokauter die Plica anterior fossae ileo-coecalis vom Ileum abtrennt und über dem Appendixstumpf ausbreitet; manchmal ist es auch gar nicht nöthig, die Plica anterior vom Ileum zu trennen.

Die grosse Bedeutung der Anwendung von festsitzendem Omentum bei Operationen an Gallenblase und Gallenwegen ist bekannt.

Bei sehr grossen Defekten in der Serosa der vorderen Bauchwand hat L. einige Male das Omentum vor den Därmen ausgebreitet und mit Catgutnähten angeheftet und die Bauchwunde mit Etagenähten, oder wenn der Defekt mehr als die Serosa umfasste, durch plastische Operation geschlossen. Dadurch dürfte man ganz sicher Adhärenz der Därme an die Bauchwand vermeiden können.

Exstirpirtes Omentum kann man zur Transplantation auf die Stümpfe nach Adnexoperationen oder auf die Nähte am Uterus verwenden.

Bei schweren Operationen wegen chronischer Appendicitis in fieberfreiem Zustande hat L. oft Omentumtransplantationen zur Bedeckung angewendet, wenn bei schwieriger Lösung verwachsener Därme die Oberflächen beschädigt waren, und zur Bedeckung der Darmnähte.

In einem Falle, in dem L. bei einer Littre'schen

Hernie ein Stück Omentum um einen Darm gelegt hatte, fand er 9 Tage später bei einer neuen Operation, dass das Omentumstück die beschädigt gewesenen Theile der Serosa vollständig deckte.

In Fällen, in denen das Peritonaeum an einem Theile der hinteren Bauchwand sehr beschädigt war, hat er manchmal Alles mit Omentum bedeckt, um Verwachsungen nach Möglichkeit zu verhüten.

Walter Berger (Leipzig).

324. **Das wahre Adenom des Nabels**; von Dr. M. Mintz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 545. 1899.)

Der Begriff des *Nabeladenoms* ist von Küstner 1876 in die Literatur eingeführt worden. Die bisherigen Befunde über das Nabeladenom sind ausserordentlich spärlich.

M. beobachtete folgenden Fall von *echter Adenombildung am Nabel:* Die 46jähr. Kr. hatte vor 15 Jahren im Anschlusse an eine Geburt eine Nabelhernie erworben. Die Haut über der Hernie war unverändert. 10 Jahre später entstand im Nabelgebiete im Laufe von 2 Monaten eine dunkelblaue, haselnussgrosse Geschwulst, an deren Oberfläche 2 Blasen sichtbar wurden. Während der Menstruation schwoll der Tumor an, die Blasen platzten und entleerten eine blutig gefärbte Flüssigkeit. 1893 Exstirpation des cavernös gebauten Tumor; Radikaloperation der Hernie. 1897 trat die Kr. mit einem Recidiv der Hernie und Symptomen von vorübergehenden Einklemmungzuständen wieder in das Spital ein. In der Operationnarbe fühlte man in Nabelhöhe 2 haselnussgrosse harte Knoten. *Radikaloperation der Hernie; Excision der Knoten.* Die mikroskopische Untersuchung ergab *adenomatösen Bau,* an der Peripherie beginnende sarkomatöse Entartung. Die ursprüngliche Geschwulst ist jedenfalls auf Grund eines in der Nabelnarbe persistirenden Restes des Ductus omphalomesentericus entstanden.

P. Wagner (Leipzig).

325. **Zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis**; von A. Wölfler. (Prag. med. Wchnschr. XXIV. 6. 1899.)

W. legt in diesem kurzen Vortrage seine Ansichten über die operative Behandlung der Gallensteinkrankheit dar.

Vor Allem ist ihm der lokale Befund maassgebend. So hält er bei ruhenden Gallensteinen, die reizlos und ohne Beschwerden in der Gallenblase liegen, einen Eingriff irgend welcher Art, selbst eine Karlsbader Kur, nicht für angezeigt. Gegenüber der akuten Cholecystitis mit oder ohne Kolikanfall verlangt er ein abwartendes Verhalten, hier sind zunächst interne Mittel und eine Karlsbader Kur am Platze. Die Indikation zum chirurgischen Eingriffe tritt dann ein, wenn die chronische Lithiasis mit einem chronischen Hydrops der Gallenblase sich verbindet. Dringender wird die Indikation, wenn die lokalen Erscheinungen mehr in den Vordergrund treten, die Anfälle von Cholecystitis sich häufen, die Kolikanfälle sich vermehren, oder wenn gar eine Pericholecystitis, eine Cholangitis oder ein Empyem sich entwickelt. Auch zeitweilig auftretender Ikterus fordert zum Eingriffe auf. W. schliesst sich dem Ausspruche Naunyn's an, dass die Operation auszuführen ist, „wenn die Krankheit chronisch recidiv geworden ist“. In den schweren Fällen der chronisch recidivirenden Cholecystitis, denen nicht selten ein Carcinom, eine eiterige Cholangitis, ein Leberabscess, perforative Processe der Gallenwege zu Grunde liegen, stellt die Operation das „Remédium ultimum anceps“ dar.

Weiterhin maassgebend für die Indikationstellung sind die Resultate der Therapie. Diese aber sprechen laut zu Gunsten der Operation, sowohl was Mortalität, als was radikale Heilung anlangt. Bezüglich der Recidive nach Operationen fehlen allerdings noch zuverlässige, über Jahre ausgedehnte Statistiken, ebenso wie auch bezüglich der Dauerresultate einer conservativen Behandlung. W. verlangt, dass zur Beurtheilung der conservativen und operativen Therapie biographische Statistiken angelegt werden, die sich mindestens auf ein Lebensdecennium jedes einzelnen Kranken beziehen.

F. Krumm (Karlsruhe).

326. **La cholécystogastrostomie pour les tumeurs de la tête du pancréas**; par M. Jaboulay. (Lyon méd. LXXXIX. p. 365. Nov. 20. 1898.)

J. empfiehlt bei Undurchgängigkeit des Duct. choledochus in Folge einer Geschwulst im Pankreaskopfe, also bei definitivem, dauerndem Verschlusse, als Operation der Wahl die Anlegung einer Anastomose zwischen Gallenblase und Magen. Die Operation wird nach Incision des Gallenblasenfundus und Entleerung der Galle in der üblichen Weise vorgenommen. Die Operation ist leichter als die Anastomosenbildung mit dem Darme, da die erweiterte Gallenblase häufig schon in Contakt mit der vorderen Magenwand ist, sie vermeidet die Möglichkeit von Cirkulationstörungen des Darmes. Irgend welche Störungen der Verdauung in Folge Einleitung der Galle in den Magen wurden nicht beobachtet. Wenn Erbrechen eintritt ist das immer ein Zeichen einer Infektion des Peritonaeum. J. hat die Operation, die bis jetzt erst 3mal beim Menschen ausgeführt wurde, selbst 1mal mit ausgezeichnetem Erfolge gemacht.

F. Krumm (Karlsruhe).

327. **Ueber Stich- und Schusswunden der Leber**; von Dr. A. Schmitt. (Ann. d. städt. allgem. Krankenhäuser zu München p. 198. 1896.)

Die ausserordentliche Gefährlichkeit der *Leberverletzungen durch Stich und Schuss,* die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten, die sie bieten, sind von Alters her bekannt. Die Erfahrungen aus neuerer Zeit lassen die Leberverletzungen zwar immer noch als höchst gefährlich, aber doch bei Weitem nicht mehr als so bedenklich erscheinen, wie früher. Schm. berichtet aus der Angerer'schen Klinik über 3 Stichverletzungen und 6 Schussverletzungen der Leber. Die Stichverletzten sind alle geheilt, von den Schussverletzten nur 3. Die 3 anderen Schussverletzten starben,

hauptsächlich in Folge der zum Theil ausserordentlich schweren gleichzeitigen Verletzungen anderer Organe.

Die *Diagnose* einer Leberverletzung wird sich aus dem Sitze und der Art des Trauma und aus der oft rasch eintretenden und zunehmenden schweren Anämie in manchen Fällen mit mehr oder weniger grosser Sicherheit stellen lassen. Die absolut nothwendige, volle Gewissheit aber ist nur zu erlangen durch die *Eröffnung der Bauchhöhle.*

Die *Prognose* der Leberverletzungen hängt in erster Linie von der *Blutung* ab. Auch der massenhafte Ausfluss von Galle, sowie eine Infektion der Leber können die Prognose trüben.

Therapeutisch möchte Schm. für die *Stichverletzungen der Leber* in der tiefgreifenden, mit dickem Nahtmateriale (Catgut) ausgeführten Naht der Leberwunde das Normalverfahren erblicken und die Tamponade mit Jodoformgaze, an letzter Stelle die Anwendung des Thermokauters, eventuell des Dampfes auf jene Fälle beschränken, in denen sich aus irgend welchen Gründen (besondere Grösse der Wunde, Brüchigkeit des Lebergewebes bei Geschwulstexstirpationen und sonst erkrankter Leber, bei Zerquetschungen, Flächenwunden, ungünstiger Lage der Wunde und auch bei der Mehrzahl der ja stets mehr oder weniger quetschenden Schusswunden) die Naht nicht oder nur unvollkommen anlegen lässt, wobei man im letzteren Falle zuweilen von der Combination zweier Verfahren, Naht und Tamponade, noch mit gutem Erfolge Gebrauch machen kann.

P. Wagner (Leipzig).

328. **On re-establishing surgically the interrupted portal circulation in cirrhosis of the liver**; by Robert F. Weir. (New York med. Record LV. 5. p. 149. Febr. 4. 1899.)

W. hat den Versuch Talma's der schlechten Pfortadercirkulation bei Lebercirrhose auf operativem Wege durch Schaffung von Adhäsionen zwischen Netz, Leber und Milz einerseits und Peritonaeum parietale andererseits aufzuhelfen, neuerdings wieder aufgenommen. Sein Patient ist aber einer peritonäalen Infektion am 5. Tage erlegen.

Von 7 Operirten sind 2 geheilt, 2 ungebessert von der Operation genesen, 3 gestorben.

Die Indikation zur Operation beschränkt sich nach Ansicht W.'s auf die Fälle, in denen jede Hoffnung auf Genesung durch andere Mittel ausgeschlossen ist. F. Krumm (Karlsruhe).

329. **Ueber einige Beziehungen der Appendicitis zu Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane**; von O. Hermes. (Deutsche Ztschr. f. Chir. L. 5 u. 6. p. 444. 1899.)

Aus den nahen anatomischen Beziehungen zwischen Wurmfortsatz und Adnexen wird nicht nur das häufige Uebergreifen von Entzündungen des einen Organs auf das andere verständlich, sondern auch die durch die Statistik erwiesene Thatsache, dass Männer häufiger an Epityphlitis erkranken als Frauen. H. sieht den Grund dafür in der besseren Ernährung des Wurmfortsatzes beim Weibe, bedingt durch eine im Lig. appendiculo-ovaricum ihm zugeführte Arterie und durch die grosse Anzahl von Lymphgefässen, die eine raschere und vollständigere Ableitung von Entzündungprodukten durch das Ganglion retrocoecale und das Lig. latum gewährleisten. Die Fortleitung der Entzündung vom Wurmfortsatze findet extra- und intraperitonäal statt. Die extraperitonäale Fortleitung ist bei mehr oder weniger extraperitonäaler Lage von Coecum und Wurmfortsatz ohne Weiteres verständlich. Es kommt dann zu retroperitonäalen Eiteransammlungen. Aber auch entlang dem Lig. suspensorium ovarii kann sich extraperitonäal die Entzündung fortpflanzen und gerade hier kommt es dann nicht selten zu ausgesprochener sekundärer Parametritis, die nach Entfernung der Appendix ohne Weiteres zurückgehen kann unter Aufsaugung der serösen Exsudation, die aber auch zur Eiterung führen kann. Die extraperitonäal zu Stande gekommene Infiltration des Beckenbindegewebes äussert sich gewöhnlich als breit von der Beckenwand ausgehender Tumor, der bis zur Seitenkante des Uterus heranreichen und diesen nach der Seite verdrängen kann. Der intraperitonäale Beckenabscess hat meist seinen Sitz im Douglas'schen Raume und führt zur Verdrängung des Uterus nach vorn und oben. Dieselben Palpationbefunde können sich bei perimetritischen Abscessen, bei Graviditas tubaria mit Haematocele retrouterina, bei Pyosalpinx und Ovarialcysten darbieten. Bei der Differentialdiagnose giebt neben dem genauen palpatorischen bimanuellen Untersuchungbefund eine *äusserst* sorgfältig aufgenommene *Anamnese* die Hauptanhaltepunkte.

Bezüglich der Operation stellt H. auch für die mit Beckeneiterung verlaufenden Fälle von Appendicitis den Grundsatz auf, die Eröffnung von oben her vorzunehmen, weil es allein auf diesem Wege gelingt, die Verhältnisse in zweifelhaften Fällen zu überblicken und den Wurmfortsatz zu entfernen. Die interessanten Beziehungen der chronischen Appendicitis zu Menstruationbeschwerden, chronischer Adnexerkrankung, zu Myomen und Ovarialcysten werden eingehend unter Anführung von Krankengeschichten erörtert. F. Krumm (Karlsruhe).

330. **Ueber den Einfluss der Nervendurchschneidung auf die Heilung von Knochenbrüchen**; von Dr. G. Muscatello und Dr. O. Damascelli. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 937. 1899.)

M. u. D. haben an jungen Kaninchen experimentirt, also an Thieren, die gegen Nervenresektion und Continuitättrennungen der Knochen ziemlich widerstandfähig sind und sich leicht rein und getrennt halten lassen. Es ergab sich, *dass die Fraktur an einem paralysirten Gliede, wenn die*

Fragmente im Contakte mit einander stehen, in der gleichen Zeit und mittels eines vollständig knöchernen Callus zur Heilung kommt wie an einem normal innervirten Gliede.

Verschiedene Autoren, so unter Anderen Biagi, sind zu anderen Ergebnissen gekommen und wollen ein ordnungwidriges Aufeinanderfolgen der Phasen der Heilung bis zur Resorption der neugebildeten Knochenbälkchen und Entstehung einer Pseudarthrose beobachtet haben. Auf Grund ihrer Befunde stellen M. u. D. fest, dass bei einem der normalen Innervation entzogenen Gliede die Veränderungen bei der Heilung einer Fraktur nicht von einer durch den Ausfall des Nervenreizes bedingten direkten Störung in der Bildungthätigkeit der Regenerationelemente des Knochens abhängen, sondern dass sie vielmehr indirekt die Folge der durch die Aufhebung der Motilität der Haut- und Knochensensibilität und des Muskelsinnes bedingten Verschiebung der Fragmente oder des reichlichen Extravasates (Verhältnisse, die nach der Nervenresektion am Gliede eintreten) sein können. Jedenfalls können am Knochensysteme die reparirenden Neubildungen in normaler Weise von Statten gehen und das neugebildete Gewebe kann bis zur Herstellung einer endgültigen Frakturenconsolidation seinen gewöhnlichen Entwickelunggang nehmen, ohne dass dabei der Einfluss des Nervensystems mitwirkt. P. Wagner (Leipzig).

331. **Zur Technik und Casuistik der osteoplastischen Unterschenkelamputation nach Bier**; von Dr. R. Bunge. (Deutsche med. Wochenschr. XXV. 22 u. 23. 1899.)

Bei der Bier'schen *osteoplastischen Unterschenkelamputation* wird dadurch ein tragfähiger Stumpf erzielt, dass die Markhöhle durch einen in normaler Verbindung mit dem Periost befindlichen Knochendeckel abgeschlossen und so eine Wundfläche an der Markhöhle und die Bildung eines zackigen Callus und später eines zu spitzen, event. mit der Hautnarbe verwachsenen Knochenstumpfes verhütet wird.

In der *Königsberger* chirurg. Klinik ist die Methode von Bier seit mehr als 2 Jahren an nunmehr 15 Kranken erprobt und hat sich derart bewährt, dass sie zur Zeit als das *Normalverfahren* bei Unterschenkelamputationen gilt. Die dort gemachten Erfahrungen rechtfertigen es, „das Verfahren von Bier als die *beste zur Zeit existirende Methode für Unterschenkelamputationen in jeder Höhe* und als das möglichst stets zu wählende *Normalverfahren* warm zu empfehlen. Die Technik ist so einfach, dass man die Operation bei einiger Uebung mit Leichtigkeit ohne jede geschulte Assistenz ausführen kann". Der Hauptvortheil der Operation besteht in der Schaffung eines tragfähigen, gegen Druck unempfindlichen Stumpfes, der die frühzeitige Anlegung einer Prothese gestattet. P. Wagner (Leipzig).

332. **Fünf Fälle von Papillom der Bindehaut**; von Dr. Karl Grunert in Tübingen. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 111. April 1899.)

Gr. berichtet über 5 Fälle von Papillom der Bindehaut, die in der Universität-Augenklinik in Tübingen beobachtet wurden. Diese Geschwulstbildung der Bindehaut ist sehr selten, hat aber eine besondere Wichtigkeit wegen der Möglichkeit der Verwechselung mit dem Epitheliom. Am häufigsten sitzen die Papillome am Lidrande, dem inneren Lidwinkel und dem Limbus conjunctivae; hier können sie weit auf die Hornhaut übergreifen und dadurch bedeutende Störung des Sehvermögens veranlassen. Langjährige Entzündung der Bindehaut ging bei allen 5 Kranken der Papillomentwickelung voran. Die Geschwulst sitzt mit wenigen Ausnahmen, wo ein Stiel vorkommt, der Basis breit auf. Die bindegewebige Grundsubstanz, in deren Maschen viele Lymphkörperchen gelagert sind, bildet den untersten Theil der Geschwulst, von der, dicht aneinander gedrängt, verschieden hohe Papillen ausgehen mit immer grösserem Reichthume an schliesslich ganz freien Gefässen. Ueber das Ganze ist eine mehrschichtige Epithellage gebreitet. Die Farbe der Geschwulst ist meist hellrosa. Bei Lupenvergrösserung sieht man die Gefässschlingen in den einzelnen Zotten deutlich; diese Gefässschlingen geben in Verbindung mit der papillären, blumenkohlartigen Oberfläche der Geschwulst ein charakteristisches Aussehen.

Differentialdiagnostisch kommen die Granulationgeschwülste, das weiche und harte Fibrom, der Frühjahrskatarrh und das Epitheliom in Betracht. Von schwer wiegender Bedeutung kann eine Verwechselung des Papilloms mit dem Epitheliom sein, dessen Lieblingstellen so ziemlich die gleichen sind.

Man hält das Papillom mit Recht für gutartig; doch ist die Neigung zu Recidiven gross und ist, wie schon erwähnt, die Wucherung auf die Hornhaut von Bedeutung wegen Störung des Sehvermögens.

Auf der beigegebenen colorirten Abbildung lässt das Bild des einen Auges sofort die Diagnose „Frühjahrs-Katarrh" möglich erscheinen.

Lamhofer (Leipzig).

333. **Gummen der Iris und des Ciliarkörpers**; von Dr. V. Hanke in Wien. (Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 300. 1899.)

Der klinischen Eintheilung nach gehören Geschwülste oder vielmehr geschwulstartige Auftreibungen im Auge während des zweiten Stadium der Syphilis zu den Papeln oder Kondylomen, während des tertiären Stadium aber zu den Gummigeschwülsten. Die pathologische Anatomie macht keine so scharfen Unterschiede.

H. sah bei einem 27jähr. Manne, der in der Augenklinik von Prof. Fuchs vom ersten Auftreten der iritischen Erscheinungen an beobachtet und behandelt

wurde, das Zusammentreffen von sekundären (allgemeinen) und tertiären (lokalen) Zeichen der Syphilis. In der Iris war ein allmählich an Grösse zunehmender grauröthlicher Tumor; später kam auch am Limbus corneae eine Geschwulst von gleicher Färbung zum Vorscheine. Das Auge wurde wegen grosser Schmerzhaftigkeit entfernt. Während vorher nur syphilitische pustulöse Akne und exulcerirende Papeln am harten Gaumen und am Präputium, einzelne umschriebene Infiltrate und verhärtete Drüsen bei der Allgemeinuntersuchung gefunden wurden, traten nach der Operation Gummigeschwülste an Kopf, Stamm und Tibia auf, sowie eine gummöse Orchitis, die die Entfernung des Hodens erforderte. Bei der anatomischen Untersuchung des Auges fand H. zwei Gummigeschwülste, eine der Iris und eine des Ciliarkörpers; die letztere war durch die Augenkapsel gewuchert und hatte sich im subconjunctivalen Gewebe ausgebreitet.

Lamhofer (Leipzig).

334. **Ueber einen epithelialen Tumor des Ciliarkörpers**; von Dr. R. Schlipp in Wiesbaden. (Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 352. 1899.)

In der ophthalmologischen Literatur sind nach Sch. nur 6 Berichte über epitheliale Geschwülste des Ciliarkörpers zu finden. Sch. sah eine vom Ciliarkörper ausgehende primäre Epithelialgeschwulst in einem vor 9 Jahren enucleirten Auge eines damals 10jähr. Kindes, das noch gesund und ohne Recidive lebt.

Das Innere des Augapfels war von Geschwulstzellen ausgefüllt, die wie Epithelzellen aussahen und wie diese ohne bindegewebige Zwischensubstanz gelagert waren. Wegen der Recidivfreiheit während 9 Jahren trägt Sch. dennoch Bedenken, die Geschwulst als Carcinom zu bezeichnen. Das Kind war in der Augenklinik von Fuchs in Wien behandelt worden. Lamhofer (Leipzig).

335. **Ein Beitrag zur klinischen Symptomatologie und zur Histologie des primären Myxosarkoms des Sehnerven, sowie zur operativen Entfernung desselben nach der Krönlein'schen Methode**; von Prof. Th. Axenfeld und Dr. Fr. Busch in Rostock. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 1. 1899.)

A. entfernte aus der rechten Augenhöhle eines 11jähr. Kindes eine wallnussgrosse, den Sehnerven concentrisch umgebende Geschwulst (Myxosarkom), in deren Mitte ein hyaliner Knorpel gefunden wurde. Da nach Krönlein operirt wurde, konnte der Augapfel erhalten werden. Die nach der Operation vorhandenen Augenmuskellähmungen gingen bald und fast vollständig zurück. — Die nach Krönlein operirten Orbitageschwülste werden nach den Literaturangaben näher erörtert; die Methode selbst wird sehr empfohlen. Klinisch von Wichtigkeit ist noch Folgendes: Das Mädchen litt seit einem Jahre an circa alle 8 Tage wiederkehrendem Kopfschmerz. Mit dem Auftreten der Schmerzen will der Vater ein Grösserwerden des Auges bemerkt haben. Der Exophthalmus war schwankend, wie A. u. B. sich überzeugen konnten. Unter Fieber, für das keine Ursache gefunden wurde, nahm er öfter vorübergehend zu. Obwohl der Exophthalmus etwa 8 Monate bis zur Operation bestanden hatte, waren Sehschärfe und Gesichtfeld normal.

Lamhofer (Leipzig).

336. **Zur Technik der Vorlagerung bei der Schieloperation**; von Prof. C. Schweigger in Berlin. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 109. 1899.)

Beim Schielen mit starker Ablenkung ist ausser der Durchschneidung des „Schielmuskels“ auch noch die Vorlagerung des Antagonisten erforderlich. Sch. hat den von ihm aufgestellten Satz, dass die Verkürzung des Antagonisten dem linearen Maasse der Ablenkung gleich sein muss, bisher bestätigt gefunden. Um die Abschätzung der Verkürzung zu erleichtern und dabei auch die Dehnung des vorzulagernden Muskels zu vermeiden, verwendet Sch. ein in der Abhandlung näher beschriebenes und abgezeichnetes Instrument, zwei durch eine Spiralfeder verbundene und mit graduirter Schraube versehene Schielhaken, die unter den frei präparirten Muskel geführt werden. Die Catgutfäden werden hart am peripherischen Haken angelegt, und zwar nach aussen von ihm, wenn die Schielablenkung einen sehr hohen Grad hatte. Wo eine Abbindung von über 6 mm nöthig wäre, zieht Sch. die Vertheilung der Operation auf beide Augen vor, indem auf dem anderen Auge entweder nur die einfache Tenotomie oder auch die Vorlagerung vorgenommen wird. Vorlagerung ohne Tenotomie des Schielmuskels ist nach Sch. ungenügend.

Lamhofer (Leipzig).

337. **Zur operativen Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit**; von Prof. E. Fuchs. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 6. 1899.)

In den letzten Jahren ist die Literatur über die operative Behandlung der Kurzsichtigkeit ungemein rasch angewachsen. Viele haben begeistert ihre Stimme für das neue Verfahren erhoben. F. erkennt den Werth der Operation bei Kurzsichtigkeit an, glaubt aber, dass die Grenzen ihrer Indikation von Vielen noch zu weit gesteckt werden. Er selbst hat unter 18000 Kranken des verflossenen Jahres nur 10mal die Operation nöthig gefunden. Und diese 10 waren Leute, die bei der Arbeit keine Brille tragen konnten. Dagegen erwähnt F. 5 Kranke aus seiner Privatpraxis, deren operirtes Auge durch die Operation theilweise oder bis zur vollständigen Unbrauchbarkeit geschädigt worden war; alle 5 Kranke waren von anderen Aerzten operirt und hatten nur nachträglich seine Hülfe aufgesucht. F. operirt Kurzsichtige nur dann, wenn sie noch nicht 40 Jahre alt sind, nicht einäugig sind, wenn ihre Myopie mehr als 15 Dioptrien beträgt und ihr Augenhintergrund keine wesentlichen Veränderungen aufweist. Aber auch solche Kurzsichtige macht F. darauf aufmerksam, dass die Operation zur Erhaltung des Sehvermögens nicht nöthig, dass sie nicht ganz frei von Gefahr sei, dass Netzhaut-Ablösung und -Blutung trotzdem noch später eintreten könne und dass auch das operirte kurzsichtige Auge schonungbedürftig bleibe. Im Interesse der Kurzsichtigen ist allen Augenärzten die strenge Indikationstellung und die grosse Aufrichtigkeit von F. zu wünschen.

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

338. **Ueber ein neues Eiweisspräparat (Siebold's Milcheiweiss)**; von Prof. W. Prausnitz. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 26. 1899.)

Das allerneueste Nährmittel! Es ist aus dem Casein der bei der Butterbereitung übrig bleibenden Magermilch und aus doppeltkohlensaurem Natron dargestellt; die Trockensubstanz enthält circa 13% Stickstoff und 8% Asche. Ein schwach gelbliches, griesartiges Pulver, das sich in warmer Flüssigkeit gut auflöst oder in grosser Menge eine Gallerte bildet, das vollkommen geruch- und geschmacklos, durchaus gut bekömmlich und sicherlich auch für schwache Verdauungwerkzeuge leicht zu verarbeiten ist. Die sorgsamen Versuche, die Pr. mit dem Milcheiweiss angestellt hat, haben vortreffliche Ergebnisse gehabt; die Ausnutzung war sehr gut, es wurde meist weniger Stickstoffsubstanz im Kothe gefunden, als bei dem Genuss entsprechender Fleischmengen. Die Tabelle, in der Pr. die Ergebnisse seiner Untersuchungen mit denen Anderer bei der Prüfung ähnlicher Präparate vergleicht, geben wir genau nach dem Originale wieder:

	Gesammt-Stickstoff (Eiweiss)-Einfuhr g	Hiervon fallen auf das untersuchte Eiweisspräparat g	d. s. Proc.	Mit dem Koth wurde ausgeschieden Proc. N (Eiweiss)	Autor	Ort der Publikation	Nr.
Aleuronat . .	48.64	?	?	9.27	*Gruber* u. *Kornauth*	Oesterr. landw. Centr.-Bl.	1
	55.32			8.36		Jahrgang 1	
	(in 3 Tagen)						
Milcheiweiss	*22.12*	*14.67*	*66.3*	*6.46*	*Prausnitz*	Münchn. med. Wchnschr.	
	21.46	*14.09*	*65.7*	*6.52*		1899	
	21.88	*14.41*	*65.8*	*6.33*			
	19.41	*12.32*	*63.4*	*7.18*			
	21.64	*12.32*	*56.9*	*8.07*			
Nutrose . . .	12.44	4.00	32.2	13.74	*Neumann*	Münchn. med. Wchnschr. 1899. p. 118	2
Somatose . .	11.49	5.32	30.6	34.90	*Neumann*	Münchn. med. Wchnschr. 1898. p. 75	3
Tropon	12.85	10.19	73.3	16.63	*Neumann*	Münchn. med. Wchnschr. 1899. p. 45	4
	18.1	4.8	26.5	9.77	*Schmilinsky* u. *Klein*	Münchn. med. Wchnschr.	5
	22.33	7.14	31.9	9.18		1898. p. 1997	
	13.0	8.6	66.1	14.72			
	14.79	?	?	11.0	*Fröhner* u. *Hoppe*	Münchn. med. Wchnschr.	6
	14.79	?	?	46.0		1899. p. 48	
	14.79	?	?	24.4			
	14.79	?	?	8.38			
	14.79	?	?	16.43			
	14.79	?	?	22.64			
	85.9 (in 3½ Tagen)	75.0	87.3	9.77	*Frentzel*	Berl. klin. Wchnschr. 1898. p. 1103	7
gemischt	19.96	14.91	74.7	29.74	*Kaup*	Wien. klin. Wchnschr.	8
veget.	20.61	14.73	71.5	11.16		1899. p. 511	
	17.75	12.17	68.6	9.46			
anim.	20.37	14.86	73.0	17.13			
	17.51	12.09	70.0	26.4			

Der Preis des Milcheiweiss wird mit 4 Mk. 50 Pf. pro Kilo ein mässiger sein.

Pr. stellt einen ausführlichen Bericht über das Präparat in Aussicht, das glaubt er jedenfalls sagen zu können, „dass uns kein Nahrungsmittel, bez. Präparat bekannt ist, welches zu dem genannten Preise verkauft wird, wegen seiner Provenienz eine Gleichmässigkeit seiner Zusammensetzung garantirt und in Bezug auf Gehalt an Nahrungsstoffen, Resorbirbarkeit (Ausnutzung), Löslichkeit und allgemeine Verwendbarkeit dem Milcheiweiss gleichkommt.“ Dippe.

339. **Erster Bericht über die Thätigkeit des bakteriologischen Instituts zu Bremen von seiner Gründung im Jahre 1893 bis zu Ende 1897**; von H. Kurth. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 23. p. 880. 1898.)

Das staatliche Bremer Untersuchungsamt stellte u. A. fest, dass manche verdächtige *Brunnen* im

Stadtgebiete trotz ihres *hohen* Ammoniakgehaltes nicht geschlossen zu werden brauchten, weil das Ammoniak nicht von dem Zutritt menschlicher Abwässer herrührte, sondern den im unberührten Boden reichlich vorhandenen pflanzlichen und thierischen Resten aus der Vorzeit sein Dasein verdankte.

Die städtischen *Kanalwässer* enthielten im Durchschnitt 2 Millionen Keime in 1 ccm.

Bei der Untersuchung einzelner Kranker auf Spaltpilze zeigte sich bei *Masern*, dass die begleitenden Halserkrankungen ziemlich oft Diphtheriestäbchen aufwiesen, so dass jede Halserkrankung bei Masernkranken als *bräuneverdächtig* anzusehen war.

Bei der Ueberwachung der Nahrungmittel war zu bemerken, dass die käufliche „keimfreie“ *Milch* nicht immer frei von lebenden Keimen, insbesondere von sporenbildenden *Kartoffelspaltpilzen* war.

Durch die Behandlung mit *Heilserum* sank die Sterblichkeit an Bräune von 30% (1894) auf 6.47% (1897).

Die Beaufsichtigung der *Eisversorgung* ergab, dass *frisch entnommenes* Eis von unverdächtigen Gewässern einen Gehalt von 10—100 Keimen in 1 ccm Schmelzwasser hatte, nach längerem Lagern aber den 3fachen Gehalt. *Kunsteis* von ganz unverdächtigen Grundwasserbrunnen hatte nicht selten einen Keimgehalt von 1000 und mehr Keimen in Folge harmloser Spaltpilzwucherung in den Eiszellen während der Betriebspausen. Im Allgemeinen wurde mehr Gewicht auf die *Herkunft* des zur Eisbereitung verwandten Wassers, als auf den Keimgehalt des Eises gelegt.

Radestock (Blasewitz).

340. **Die Veränderungen des Spreewassers auf seinem Laufe durch Berlin in bakteriologischer und chemischer Hinsicht**; von H. Dirksen und O. Spitta. (Arch. f. Hyg. XXXV. 2. p. 83. 1899.)

Das Spreewasser wurde 1886 von G. Frank bakteriologisch und chemisch untersucht, seit dieser Zeit hat die Kanalisation grosse Fortschritte gemacht, und der Fluss wird, soweit das technisch möglich ist, von den städtischen Abgängen frei erhalten, auch seine Zuflüsse sind verbessert worden. Trotzdem ist die Spree in bakteriologischer und chemischer Hinsicht nicht reiner geworden, die absolute Menge der mitgeführten Keime und der chemischen Bestandtheile ist theilweise sogar grösser als 1886. Der Keimgehalt, der Gehalt an Trockensubstanz, suspendirten Bestandtheilen und organischer Substanz wächst im Laufe des Flusses durch die Stadt an, eine entsprechende Zunahme des Chlor- und Kalkgehaltes ist nicht zu constatiren. Den städtischen Abwässern ist also die Schuld an der Verunreinigung der Spree nicht beizumessen, diese wird vielmehr hauptsächlich durch den Schiffsverkehr und das Lösch- und Ladewesen hervorgerufen. Woltemas (Diepholz).

341. **Ueber Versuche mit einigen Apparaten zur Formalindesinfektion**; von M. Elsner und Spiering. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 46. 1898.)

Bei den im Berliner Institut für Infektionkrankheiten angestellten Versuchen gaben der *Brochet*'sche Apparat und der *Schering*'sche „Aesculap“ unsichere Resultate, die *Rosenberg*'sche Holzinlampe bessere, sie ist indessen für die allgemeine Anwendung in der Praxis nicht geeignet. Der Glykoformalapparat von *Walther* und *Schlossmann* ist zuverlässiger, störend ist bei ihm die schwere Entfernbarkeit des Geruches aus den desinficirten Räumen und der klebrige Glycerinüberzug, der sich auf verschiedenen Gegenständen bildet. Woltemas (Diepholz).

342. **Formaldehyddesinfektion durch Verdampfung verdünnten Formalins** *(Breslauer Methode)*; von M. v. Brunn. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 2. p. 201. 1899.)

Bei der Breslauer, durch Flügge ausgebildeten Methode (vgl. Jahrbb. CCLXI. p. 182) wird eine verdünnte Lösung von Formalin verdampft, die fabrikmässige Herstellung des einfachen Desinfektionapparates ist von der *Schering*'schen Fabrik in Berlin übernommen. Bei zahlreichen Desinfektionversuchen erhielt v. B. gute Resultate, die Methode empfiehlt sich auch durch ihre Einfachheit und Billigkeit. Der grösste Theil des entwickelten Formaldehyds condensirt sich sofort an den Wandflächen und an den im Zimmer befindlichen Gegenständen; es scheint, dass durch die Verdampfung des Formaldehyds nur seine regelmässige Vertheilung erreicht wird, dass aber das eigentlich wirksame nicht das gasförmige Formaldehyd, sondern die sich auf den Flächen condensirende Formaldehydlösung ist.

Woltemas (Diepholz).

343. **Om ludforgiftning hos börn**; af Prof. Axel Johannessen. (Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 7. s. 851. 1899.)

Vom 1. Jan. 1893 bis 31. Dec. 1898 sind in der pädiatrischen Abtheilung des Reichshospitals in Kristiania 140 Fälle von Vergiftung durch Lauge zur Behandlung gekommen, die J. in einer umfangreichen Tabelle einzeln mittheilt.

Von diesen 140 Kranken stammten 119 aus Kristiania, 21 von auswärts. Es betrafen 83 Fälle (59.3%) Knaben, 57 (40.7%) Mädchen. Der grösste Theil der Vergiftungfälle (101) betraf Kinder im Alter bis zu 4 Jahren; im Alter von 1—2 und von 2—3 J. standen je 37 Kinder, im Alter von 3—4 J. 27. Im Alter bis zu 4 J. waren Knaben (53) und Mädchen (48) in ziemlich gleicher Menge betroffen, im Alter über 4 J. überwog aber die Zahl der Knaben (28) die der Mädchen (7) bedeutend; nach J. mag das wohl darauf beruhen, dass die Mädchen mehr unter der Aufsicht der erwachsenen Frauen sind und vielleicht auch

lernen, sich vor der gefährlichen Flüssigkeit in Acht zu nehmen, während die Knaben zeitig den Drang haben, sich auf eigene Hand zu beschäftigen und sich der ohnehin vielleicht mangelhaften Aufsicht zu entziehen.

Ueberwiegend häufig kamen die Vergiftungen vor bei Kindern der minder bemittelten, vorzugsweise der armen Klassen, wohl in Folge ungenügender Beaufsichtigung der Kinder und fahrlässiger Aufbewahrung des Giftstoffs und dessen leichter Zugängigkeit für die Kinder. In 46% der Fälle, in denen die Umstände bei der Vergiftung bekannt sind, hat sich die giftige Flüssigkeit in den für Norwegen vorschriftsmässigen Flaschen befunden, die eine grosse Verbreitung gefunden haben, wahrscheinlich zu anderen Zwecken in der Haushaltung verwendet worden sind und so ihre Bedeutung verloren haben; vielleicht hat auch die eigenthümliche Form der Flaschen die Aufmerksamkeit und das Interesse der Kinder ganz besonders erweckt.

Blos in 25.5% der Fälle wurde ärztliche Hülfe an demselben Tage gesucht, an dem die Vergiftung stattgefunden hatte, nur in 46.2% in der 1. Woche. Von den am 1. Tage in ärztliche Behandlung gekommenen Kindern starben 3 (6.1%), 1 mit ausgesprochenen Vergiftungerscheinungen 10 Tage nach der Vergiftung, 1 an Bronchopneumonie 3 Wochen nach der Vergiftung und 1 an profuser Blutung durch den Mund, $3^1/_2$ Monate nach der Vergiftung. Ausserdem starben 4 Pat., die im collabirten Zustande aufgenommen wurden, 1 bis 4 Tage nach der Vergiftung. Im Ganzen starben 12 (8.6%). Da man indessen blos in den schlimmsten Fällen den weiteren Verlauf verfolgen konnte, ist dieses Sterblichkeitverhältniss jedenfalls nicht als das richtige zu betrachten, wahrscheinlich ist die Sterblichkeit in Wahrheit höher.

Bei 104 Kranken (74.3%) brachte die ätzende Flüssigkeit eine Striktur hervor, die in 53.8% der Fälle wenigstens anscheinend geheilt wurde, in 46.2% eine dauernde Verengung hinterliess. Die Sondirung fand in der Regel nicht eher, als 10—14 Tage nach der Vergiftung statt und wurde meist 2—3mal wöchentlich wiederholt. In 56 Fällen konnte nach kürzerer oder längerer Zeit eine Sonde vom Caliber *Charrière* Nr. 30 eingeführt werden, in 13 Fällen Nr. 29, in 4 Fällen Nr. 28; in 3 Fällen konnte keine Sonde eingeführt werden. In 4 Fällen wurden blutige Operationen nothwendig, in 1 die Oesophagotomia externa, in 3 die Gastrostomie (1 von diesen 3 Kr. starb).

Nach statistischen Angaben aus verschiedenen Krankenanstalten in Kristiania über die Jahre 1835 bis 1888 ist die Vergiftung durch Lauge bedeutend häufiger geworden, besonders in der neuesten Zeit. Dies hängt wahrscheinlich zum Theil mit der neueren Bereitungweise und Anwendungweise der Lauge zusammen. Früher wurde die Lauge aus Holzasche bereitet, man hing einen mit Holzasche gefüllten Beutel in das heisse Wasser, das zum Waschen benutzt werden sollte [oder goss über der Waschwanne heisses Wasser auf die in einem mit einem Tuche ausgelegten Korbe befindliche Holzasche] oder setzte eine schwache Laugenlösung, 1proc. Kali- oder Natronlauge, hinzu. Neuerdings sind die im Handel vorkommenden Lösungen concentrirter (10—14% Natron causticum) geworden. Darin liegt wahrscheinlich die Hauptursache häufigerer Vergiftungen trotz aller gesetzlichen Bestimmungen und Vorkehrungmaassregeln; nach J. sollte man den Verkauf so starker Lösungen verbieten.

Nach auf J.'s Veranlassung von Dr. E. Poulsson angestellten Versuchen an Thieren liegt die Grenze für die Concentration, die in kürzerer Zeit tiefgehende Aetzwirkung auf der Schleimhaut hervorbringt, zwischen $^1/_2$ und 1% und diesen Concentrationgrad dürfte die Lauge im Handverkauf nicht übersteigen. Wenn aber bei dieser Verdünnung zu grosse Mengen erforderlich sein sollten, weil das zum Waschen benutzte Wasser etwa 1‰ Aetznatron enthalten muss, dürfte es vielleicht zweckmässig sein, Aetznatron in fester Form, vielleicht in abgewogenen Mengen in verschlossenen Gläsern, zum Verkauf zu bringen, so dass es erst im Waschwasser gelöst würde, was ganz gut geschehen könnte. Walter Berger (Leipzig).

344. **Venus cruenta violans interdum occidens**; von F. Neugebauer in Warschau. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 2. 3. p. 221. 389. 1899.)

Die meisten Gerichtsärzte verhalten sich, wie die Lehrbücher der gerichtlichen Medicin beweisen, sehr skeptisch gegenüber der Annahme, dass die blosse stumpfe Gewalt des männlichen Gliedes schwere Verletzungen der weiblichen Geschlechtstheile herbeiführen könne, und nehmen an, dass diese Verletzungen meist anderen Ursprungs seien, entstanden durch gewaltsame Einführung des Fingers, der Hand, von Fremdkörpern, Instrumenten u. s. w. Eine Reihe von Beobachtungen der neueren Zeit beweist, dass diese Ansicht nicht haltbar ist. N. konnte aus der Literatur nicht weniger als 150 Fälle (7 eigene Beobachtungen eingeschlossen) von Verletzungen durch Beischlaf zusammenstellen, mit 22 Todesfällen. Die Verletzungen waren zum Theil das Resultat der Rohheit des Mannes, der meist betrunken gewesen war, nicht selten waren die beiden Betheiligten betrunken gewesen. Ferner bestand häufig eine gewisse Prädisposition durch Grössendifferenz zwischen dem männlichen und dem weiblichen Geschlechtsorgane oder durch einen pathologischen Zustand der weiblichen Geschlechtstheile, endlich in einzelnen Fällen durch die ungewöhnliche Lagerung der Theilnehmer des Beischlafes. 12 Mädchen waren jünger als 16 Jahre (6—15 Jahre). 28mal war die Verletzung ein Begleitakt der Noth-

nacht. 6mal wurde Beischlaf im klimakterischen Alter angeführt. 76mal war von der Verletzung eine bisher unberührte Jungfrau betroffen (39mal in der Hochzeitnacht), 37mal handelte es sich um deflorirte Personen; 12mal betraf die Verletzung Frauen, die schon geboren hatten. 72mal trat starke Blutung auf, 40mal ist akute Anämie in Folge der Verletzung angegeben. Die Todesfälle traten ein durch Verblutung, Sepsis, Peritonitis, Parametritis u. s. w.

Die Verletzungen waren im Wesentlichen folgende: Stark blutende Einrisse des Hymen, bez. Zerreissungen desselben, die auf die benachbarten Vulvatheile übergehen, Zerreissungen zwischen Kitzler und Harnröhrenmündung, Durchbohrung des Hymen ausserhalb der natürlichen Oeffnung; Abreissung, Bildung eines falschen Weges in das Gewebe der grossen Schamlippe, Zerreissung der Harnröhre, Zerreissung der Fossa navicular., das Frenul. labior., des Dammes, des M. sphincter ani, Zerreissungen, die von der Aftermündung bis zum Mons Veneris reichten, Combinationen der verschiedenen bisher erwähnten Verletzungen, Längsrisse der vorderen, hinteren oder seitlichen Scheidenwand, oberflächliche oder tiefgehende Einrisse der Scheidengewölbe, eventuell mit Zerreissung der Parametrien, selbst mit Eröffnung der Bauchhöhle, Verletzungen der Harnblase, Bildung eines falschen Weges längs der Scheidenwände, eventuell mit Bildung einer Mastdarmscheidenfistel. Auch vom Damm und von der Fossa navicularis aus kann eine Mastdarmfistel erzeugt werden. Seltenere Verletzungen sind Wiederaufreissen genähter Blasenscheidenfisteln, Durchbohrung einer Scheidewand bei doppelter Scheide oder Abreissung derselben, ferner Abreissung der Scheidewand eines nicht durchlöcherten Hymen.

J. Praeger (Chemnitz).

345. **Haematoma vulvae post coitum primum und post partum, je ein Fall**; von M. Mekerttschiantz in Tiflis. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 3. p. 341. 1899.)

Im 1. Falle war die mannsfaustgrosse Blutgeschwulst der rechten Schamlippen beim 1. Beischlaf entstanden. Der Penis des Mannes war auffallend spitz und war nicht in die Scheide eingedrungen. Aus der Fossa navicularis sickerte Blut, die Schleimhaut über der Geschwulst war theilweise brandig. Behandlung anfangs abwartend, da aber die Temperatur in die Höhe ging, am 4. Tage Spaltung der Geschwulst, Tamponade. Die Wunde war nach 4 Wochen vernarbt. Scheide kurz. Gebärmutter wenig entwickelt.

Im 2. Falle trat das Haematom nach Durchtritt des Kindskopfes bei der Siebentgebärenden auf. Der Durchtritt des Kopfes durch das Becken nach künstlicher Blasensprengung dauerte nur 5 Minuten. Die Geschwulst trat zunächst unterhalb der Schamfuge auf, senkte sich in die linken Schamlefzen herab. M. fand eine kindskopfgrosse Geschwulst vom Mons Veneris bis zum Damm reichend. Da die Geschwulstoberfläche brandig wurde, die Temperatur um 38° schwankte, eröffnete M. am 5. Tage die Geschwulst. Beträchtliche Blutung, nach zeitweiliger Tamponade gelang die Blutstillung, dann Ausstopfung mit Jodoformgaze. Temperatur am zweiten Abend 39.3°. Dann Verlauf glatt. Kind, Knabe, 60 cm lang, 15½ Pfund schwer.

Nach M. ist zweierlei für die Entstehung einer Blutgeschwulst erforderlich: 1) Die Gefässzerreissung (durch Trauma, Erkrankung der Gefässwand), 2) dass die Geschwulst vorbereitet ist durch Zerreissung des Zellengewebes. Gegenüber dem früheren, abwartenden Verfahren befürwortet M. ein aktiveres, nur hält er es nicht für rathsam, stets die festhaftenden Blutcoagula zu entfernen, wenn keine Blutung mehr zu befürchten oder keine Zersetzung eingetreten ist.

J. Praeger (Chemnitz).

346. **Eine aussergewöhnliche Verletzung bei einer versuchten Ausschabung des Uterus**; von H. J. Boldt in New York. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 3. p. 360. 1899.)

Am 2. August 1898 nahm ein Arzt bei der Kr. eine Auskratzung behufs Entfernung von Abortresten vor. Dabei will er mit der Placentazange Fettklumpen [!] von der Vorderfläche des Gebärmutterkörpers entfernt haben; plötzlich bekam er „ein Stück weissen Schlauchs“ in die Zange, das er vorzog. Beim Einhaken mit dem Finger riss das Stück durch, und es schien dem Arzte, als ob es Darm gewesen sei; er hörte nun auf. 24 Stunden später wurde B. gerufen. Er fand Temperatur 37.5. Puls normal, keine Schmerzen. Die Untersuchung nach Entfernung der vom Arzte eingelegten Quellstifte ergab einen Durchbruch der hinteren Wand des etwa in der 10. Woche schwangeren Gebärmutterkörpers, dicht oberhalb des inneren Muttermundes. B. verhielt sich zunächst abwartend, da er glaubte, dass der Arzt sich in der Annahme einer Darmzerreissung geirrt habe, aber am 5. August Nachmittags änderte sich das bisher günstige Befinden. Es traten Leibschmerzen ein, der Puls ging auf 140 herauf. Die sofort vorgenommene Oeffnung des Bauches ergab eine allgemeine Bauchfellentzündung; die Bauchhöhle enthielt dünnen Koth und Blut. Das Ileum war 14 cm weit von seinem Gekrös abgerissen und brandig, ausserdem war an einer Stelle der Darm bis auf wenige Millimeter durchgerissen. Die Pat. starb nach der Operation. Das in der Gebärmutter befindliche Ei war vollständig erhalten.

Den langen Zeitraum zwischen Verletzung und Eintritt der bedrohlichen Symptome erklärt sich B. dadurch, dass der Darm zur Zeit des Eingriffs gut entleert war.

In einer Bemerkung zu diesem Aufsatze weist M. Sänger warnend auf die schrecklichen Gefahren und Folgen des Herumlöffelns in der schwangeren Gebärmutter und der Bearbeitung des Gebärmutterinnern mit Zangen ohne Leitung des Fingers bei frischen Fehlgeburten hin. Nur der Finger schütze vor Verletzungen.

J. Praeger (Chemnitz).

347. **Schädel- und Rippenfrakturen eines drei Wochen alten Kindes, entstanden vor, während oder nach der Geburt?** von Dr. Siegfried Weiss. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 262. 1898.)

Bei der *Sektion* eines 3wöchigen Kindes fanden sich eitrige Meningitis, ausgebreiteter intermeningealer Bluterguss mit mehrfachen Brüchen beider Scheitelbeine und starkem Bluterguss unter die Schädelhaut. Ferner bestanden Frakturen der oberen Rippen. Die Knochen zeigten Heilungsvorgänge. Das ergossene Blut war eingedickt und braun verfärbt. Nach Erörterung der Möglichkeiten, die bei der Entstehung der Verletzungen in

Betracht gezogen werden mussten, kommt W. zu der Vermuthung, dass eine stumpfe, unauffällige und unbeobachtet gebliebene Gewalteinwirkung stattgefunden habe, wobei für das Zustandekommen der ausgedehnten und zahlreichen Frakturen die durch die Sektion nachgewiesene mangelhafte Ossifikation vielleicht von Belang war.

Brückner (Dresden).

348. **Drabet paa Grünerlokken den 8de december 1898.** *En retsmedicinsk redegjörelse;* af Francis Harbitz og Paul Winge. (Tidsskr. f. d. Norske Lägeforen. XIX. 11. 12. S. 257. 323. 1899.)

Im Abtritte einer Filiale einer Brauerei wurde am 8. Dec. 1898 die Leiche eines 5 Jahre alten Knaben aufgefunden. Die Beinkleider des Knaben waren ausgezogen und lagen neben der Leiche, die Unterbeinkleider waren bis zu den Knieen herabgezogen, das Hemd war bis zum Nabel in die Höhe geschoben.

Am Halse und im Gesicht der Leiche fanden sich 11 Verletzungen, die mit einem spitzen und schneidenden Instrumente beigefügt waren, das mit grosser Kraft geführt worden sein musste und dessen Klinge, nach dem Umfange der meisten der Wunden zu urtheilen, etwa 1 cm oder etwas darüber breit gewesen sein mochte. An der rechten Seite des Halses fand sich eine grosse Stichwunde, die zwischen dem 2. und 3. Halswirbel in den Wirbelkanal eingedrungen war und das Rückenmark durchtrennt hatte. An der linken Seite des Halses fanden sich 2 grössere Wunden, von denen die eine in den Kehlkopf, die andere durch die Zungenwurzel in den Mund eingedrungen war, mehrere Schnitte hatten Blutgefässe durchschnitten, besonders die grossen Arterien an beiden Seiten des Halses.

Der Tod war durch Verblutung und Durchschneidung des Rückenmarks erfolgt.

Ausserdem wurden noch gefunden: Anschwellung der Vorhaut des Penis mit kleinen Blutaustritten im Bindegewebe, kleine blutunterlaufene Flecke in der Mastdarmschleimhaut am After und ein Stück höher hinauf, wo sich zugleich Blutaustritte im Bindegewebe ausserhalb des Darmes fanden. Ferner fanden sich die Spuren blutiger Finger auf dem Unterleibe.

Dieser Befund im Verein mit der Stellung, in der die Leiche gefunden wurde, und den Umständen, die die gerichtliche Untersuchung ergab, deutete darauf hin, dass ein Sittlichkeitverbrechen an dem Knaben begangen worden war, das in Misshandlung des Penis des Knaben und Einführung eines stumpfen Gegenstandes (Penis, Finger oder dergleichen) in den Mastdarm bestanden hatte. Doch ist es nicht gelungen, Samen nachzuweisen, weder durch die mikroskopische Untersuchung des Mastdarminhalts, noch der Haut in der Umgebung des Afters oder der Genitalien, noch in den Kleidern. Aller Wahrscheinlichkeit nach musste das Sittlichkeitverbrechen vor der Beibringung der Wunden begangen worden sein.

Der That verdächtig war ein $19^1/_2$ Jahre alter Mensch, der die Anzeige gemacht hatte und an dessen Händen, besonders tief eingedrungen an den Nägeln, und an den Kleidern, namentlich am Hemd und an den Beinkleidern, sowie auch in den Rocktaschen, sich reichliche Blutspuren fanden, und der schon einmal wegen Sittlichkeitvergehen bestraft worden war. Wie im Laufe der Untersuchung festgestellt worden war, hatte sich der Angeklagte wiederholt an Kinder gewandt und diese zu verlocken gesucht, offenbar zum Zwecke von Sittlichkeitverbrechen.

Nach Prof. Winge's Gutachten über den Geisteszustand des Angeklagten handelte es sich um ein degenerirtes Individuum mit Imbecillität in hohem Grade und perversem Geschlechtstriebe. Zeichen von Geistesstörung waren nie vorhanden gewesen, auch von schweren Nervenstörungen fanden sich keine Zeichen, eben so wenig konnten Zwangsvorstellungen, Verwirrtheitanfälle oder Hallucinationen festgestellt werden. Der Angeklagte hatte zwar seit einiger Zeit Spirituosen gemissbraucht, aber Zeichen von Alkoholismus liessen sich nicht feststellen. W. konnte den Angeklagten deshalb weder für geisteskrank erklären, noch annehmen, dass er zur Zeit der That sich in einem bewusstlosen Zustande befunden habe.

Walter Berger (Leipzig).

349. **Zur Lehre von der Fragmentatio myocardii;** von Dr. A. Streckeisen in Basel. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 1. p. 105. 1899.)

Str. schliesst aus seinen Untersuchungen, dass die Auflösung eines grossen Theils der Herzmuskelfasern in einzelne Bruchstücke (eine bei plötzlichem Tode häufige Erscheinung) nicht als Ursache des plötzlichen Todes angesehen werden kann, sondern dass dieser Befund lediglich eine *Folgeerscheinung des Todeskampfes* ist. Radestock (Blasewitz).

350. **A case of symmetrical deformity of both hands, probably congenital;** by W. Wadsworth. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 4. p. 77. Febr. 1899.)

Eine Frau hatte als Schulkind vom Lehrer einen Stockschlag auf die rechte Hand bekommen; auf diesen Stockschlag führte sie eine Verkürzung des rechten mittelsten Mittelhandknochens zurück. Eine Röntgenaufnahme beider Hände ergab jedoch, dass auch der Mittelhandknochen des linken Mittelfingers in gleicher Weise verkürzt war, was auf eine angeborene Missbildung schliessen liess und die Schuldlosigkeit des der Körperverletzung beschuldigten Lehrers bewies.

Radestock (Blasewitz).

351. **Specimens from a case of railroad accident, showing very serious damage of internal organs;** by J. M. Mc Farland. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 4. p. 63. Febr. 1899.)

Bei der Leichenöffnung eines durch einen Eisenbahnunfall getödteten Mannes sah F., dass nicht alle Eingeweide durch die gewaltsame Quetschung des Bauches in gleicher Weise beschädigt worden waren: Die Leber war an ihrer oberen Rückseite zu Brei zermalmt und ihre Vorderseite zeigte mehrfache tiefe Risse, während die Milz unverletzt geblieben war, da sie eine dicke Kapsel besass und mehrfache Verwachsungen mit dem Bauchfell hatte. Magen, Darm und Nieren waren gleichfalls unverletzt. Dagegen fand sich ein Bluterguss im Kopfe der Bauchspeicheldrüse, der vielleicht eine Folge der Verletzung, möglicherweise aber Zeichen einer innerlichen Erkrankung war [oder vielleicht Leichenerscheinung? Ref.].

Radestock (Blasewitz).

X. Medicin im Allgemeinen.

352. **Mekkanische Medicin.** [1])

Der Hausarzt, dessen Rath der Einwohner der heiligen Stadt Mekka bei allen Krankheitfällen zuerst einholt, ist — die Frau des Hauses, die den Mann an Lebenserfahrung und Menschenkenntniss weitaus zu überragen pflegt. Gewöhnlich befinden sich die Frauen im Besitze einer kleinen Hausapotheke, immer aber sind sie mit der Heilkraft einiger Kräuter und Gewürze bekannt, die man leicht und überall bekommen kann. Heilkunst, Zauberei und Beschwörung gehören übrigens dort immer noch eben so genau zusammen, wie Krankheiten, böse Geister u. dgl. Vor allen Dingen setzt man aber bei den Weibern Bekanntheit mit den häufigsten Krankheiten und deren Behandlung voraus. Gegen allgemeines Unwohlsein bereiten sie ihren „Mitallat", den sie aus der Abkochung einer Iriswurzel mit einem besonderen Ferment bereiten; für den Fieberkranken machen sie auf Coriander, eine Zizyphusfrucht und braunen Zucker einen Aufguss, der den Blutumlauf regulirt; gegen Erkältung dienen Aufgüsse auf Münzkraut oder Dornblüten; kranke Augen reiben sie mit einer Lösung eines dunkelbraunen Aloëharzes und Citronenwasser ein u. s. w.

Im Wesentlichen sind die Recepte der Frauen die gleichen, wie sie die Aerzte verschreiben; nur haben diese eine etwas grössere Auswahl und geben noch einen gelehrten Hokuspokus dazu.

Die Medicin wird in Mekka immer noch erlernt wie jedes andere Gewerbe; der Sohn, Neffe oder sonstige Gehülfe eignet sich die Kunst vom Vater, Oheim oder Meister an. Wenn Barbiere, die auch zur Ader lassen, Schröpfköpfe setzen und einfachere blutige Operationen verrichten [2]), sich dazuviel mit innerer Medicin abgeben, so gilt dies gemeiniglich zwar als Pfuscherei, obwohl man nicht der Ansicht ist, dass das medicinische Studium den ganzen Menschen erfordere. Versteht sich doch einer der geschätztesten Aerzte in Mekka zugleich auf die Uhrmacherei und das Ausbessern der Feuerwaffen, destillirt wohlriechende Oele, vergoldet und versilbert Schmucksachen, macht Schlagschwärmer, versteht sich auf Münzenprägung und gilt als Specialist für die Aufschliessung von Gold- und Silberminen. Wie seine übrigen, minder angesehenen Collegen, fühlt er seinen Besuchern den Puls, besieht die Zunge, die Augen, hört auf den „Laut der Hände" und zeigt seine Wissenschaft dadurch, dass er nicht *alle* Empfindungen des Patienten durch Nachfragen erfährt, sondern öfter mit Selbstvertrauen zu äussern wagt: „Du hast wohl Schmerzen an dem und dem Körpertheil", was im zutreffenden Falle seinen Ruf mächtig steigert. Zugleich verordnet er dann eine Diät: ob man sich vor Speisen „heisser", „trockner", „kalter" oder „feuchter" Natur zu hüten habe, ob man gesäuertes oder ungesäuertes Brot essen solle und verschreibt ein Dekokt, dessen Bestandtheile man beim ersten besten Krämer kaufen kann, oder überreicht, den wohlhabenden Patienten, ein eigenes Arzneimittel, mit dem er eben so geheim wie theuer ist. Gelegentlich benutzt er auch das Brenneisen, dessen heilsame Wirkung bei Geschwülsten, schlimmen Wunden und (an den Schläfen) gegen Congestionen anerkannt wird. Blutegel setzt er gleichfalls meist selbst, wie ihm denn auch die ergiebige Anwendung der Klystirspritze nicht als erniedrigende Beschäftigung erscheint. Ausserdem ist jene Koryphäe auch Ophthalmologe, sticht den Staar und heilt auf chirurgischem Wege eine häufig vorkommende Anschwellung der Augenlider. Es werden ferner Wunder erzählt von den Wirkungen einer in seinem Besitze befindlichen kleinen Elektrisirmaschine, und wie er gänzlich abgemagerte Patienten durch Klystir und Brechmittel ausgeleert und dann durch 40tägige Milchdiät zu neuem Leben erweckt habe.

Sagt einer, die türkischen Militärärzte seien zuverlässiger, so wendet ganz Mekka ein, sie seien irreligiös, wüssten nicht mit Mekkanern zu verkehren und verständen nichts von den Erfordernissen des Klima: wie könnten sie sonst gegen die heilsamen Aderlässe und Schröpfköpfe eifern und den Soldaten solche Operationen gar verbieten! Franken sind es, Allah schneide sie ab!

Obgleich der einheimische Mediciner schon im eigenen Interesse die herrschende Abneigung gegen die modernen türkischen Aerzte möglichst nährt, verschmäht er es keineswegs, unbemerkt von diesen zu lernen und thatsächlich ist der Unterschied zwischen ihm und jenen nur graduell.

Klagen ihm die Patienten von den Wirkungen der feindlichen Dämonen, so ist er weit davon entfernt, ihnen darin entgegenzutreten, verschreibt aber Mittel gegen natürlichere Störungen des Organismus. Immerhin gilt er dem Publicum vorherrschend als ein Mann der mit dem Ueberlieferten oft im Gegensatze stehenden Vernunft; die meisten wenden sich deswegen nur ungern an ihn und

---

[1]) Nach Dr. Snouck Hurgronje, Mekka II. Herausgeg. von Het koninkl. Institut voor de Taal-, Land- en Volkenkunde u. s. w.

[2]) Auch die Beschneidung (die in Mekka bei Knaben erst im Alter von 3—7 Jahren stattfindet) vollführt der Barbier, der mit seiner Zange den abzuschneidenden Theil der Vorhaut heraufzieht, zusammenkneift und dann mit dem Rasiermesser „im Namen Allahs" die Operation vollzieht, während der Knabe auf dem Rücken liegt und die Mutter ihn mit Süssigkeiten zu zerstreuen sucht. Mit der Asche verbrannter Baumwolle wird das Blut gestillt und in den nächsten Tagen kurirt der Barbier die Wunde durch Auflegung von Martakpflastern, die mittels eines Leinwandläppchens um das Glied befestigt werden. Meist ist die Wunde nach Verlauf einer Woche geheilt.

höchstens nur dann, wenn die Kenntnisse der Frauen u. A. versagen.

Die Zuflucht der Ungebildeten ist aber auch in solchen Fällen vorzugsweise die Zauberei, deren Wirklichkeit vom Islam zwar anerkannt, deren Ausübung aber verpönt ist.

Wenn sich ein Mekkaner bis auf's Hemd auszieht, was man bei der vorherrschenden Hitze oft genug sieht, so gewahrt man unter diesem durchsichtigen Kleidungstück auf seinem nackten Rücken eine Reihe kleiner buntfarbiger Kissen, die an einem Draht von seiner Schulter herabhängen. Darin stecken durch Erben von Heiligen präparirte religiöse Beschwörungsformeln gegen alle möglichen Uebel. Trägt der Mekkaner am kleinen Finger einen glatten, weissmetallenen Ring, so hat ihn dieser gegen die sehr verbreitete Krankheit der Hämorrhoiden geschützt. Erkrankt er trotz aller Fürsorge und weiss die Frau keinen Rath mehr, so versucht man zunächst die finsteren Mächte unter Anrufung des Propheten durch Räuchern mit Mastix zu verscheuchen. Wenn auch das nicht hilft, wendet man sich an einen frommen Scheich, der nach gemachter Diagnose einige Worte auf ein Stück Papier schreibt und dies zu verbrennen befiehlt; die Asche muss der Kranke in Wasser aufgelöst verschlucken, und dann — so Allah will! Erst wenn diese und zahlreiche ähnliche Mittel nicht helfen, geht der Mekkaner zum Arzte.

Auch die Kinder werden, bis sie das reife Alter erreichen, mannigfach durchräuchert, so dass sich schon daraus die in der That grosse Sterblichkeit der kleinen Wesen theilweise erklären lässt. Unter das Kopfkissen eines kranken Kindes legt die Mutter 7 Brote und wirft sie am anderen Morgen den Hunden vor. Sind diese Mittel und Amulete wirkungslos geblieben, so wendet man noch, als specifisches Mittel gegen das „böse Auge", die Beräucherung mit einem übelriechenden, aus der Gattung Boswellia gewonnenen Harze an, das man mit einer Handvoll Salz im Kohlenbecken verbrennt.

Wo es böse Geister giebt, pflegt sich deren besonderer Unwille gegen die Mutterfreude zu richten und die Fruchtbarkeit zu verhindern. Daher lassen sich die Mekkanerinnen, die nach Kindersegen begehren, von einem erprobten Scheich ein Band mit überlieferten Formeln beschreiben und holen Vorschriften ein, wann die Beiwohnung mit Hülfe dieses um den Bauch zu tragenden Gürtels stattfinden soll. Ist das von vielem Rauch und anderem Hokuspokus begrüsste Kind zur Welt gekommen, so fängt ein neues Leiden an. Häufig fehlt es der Mutter an Milch. Dann greift man um so eher nach Beschwörung und Zaubermitteln, als die Kunst der Aerzte nichts dagegen vermag; ist doch das gewöhnlich von ihnen empfohlene Mittel zur Stillung des vor Hunger schreienden Säuglings eine Mischung, worin dem Mohn die Hauptrolle zufällt!

Auf dem Gebiete der praktischen Heilkunde thun sich jedoch die Mekkanerinnen noch durch eine Fertigkeit hervor, die uns wohl geneigt finden könnte, die Dürftigkeit ihrer Hausapotheke und das durch ihren Aberglauben verursachte Unheil nachsichtiger zu beurtheilen. Es ist die Massage. Diese Heilmethode wird in Arabien von jeher, wenn auch ohne wissenschaftliche Grundlage, aber mit manchmal staunenswerthem Erfolge betrieben. Abends pflegen gewerbmässige Kneter indischer Herkunft durch die Strassen zu gehen und durch den Ausruf „Kabuuus!" die in den Kaffeehäusern und in den Vorhallen ihrer Wohnungen sitzenden Männer einzuladen, von ihren Diensten Gebrauch zu machen. Ausser diesen Berufsknetern ist aber nahezu jede Frau, Freie oder Sklavin, in der Knetkunst bewandert und viele Männer sind dermaassen an die Massage gewöhnt, dass sie ohne sie kaum einschlafen können. In vielen Häusern massirt die Sklavin ihre Herrin und diese wieder den Gemahl, während junge Mädchen und Sklavinnen sich gegenseitig diesen Dienst erweisen. Die Knetung wirkt nicht nur wohlthätig gegen die im mekkanischen Klima so häufige allgemeine Erschlaffung, sondern auch zeitweilig lindernd gegen organische Schmerzen; kennt man doch Fälle, wo Leute, deren Gesicht durch Zahnweh stark angeschwollen war, nach lokaler Massage einige Stunden der Ruhe genossen.

Auch über Mittel zur Erhöhung der weiblichen Reize, besonders aber zur Bewirkung des Abortus, suchen die Mekkaner Damen ihre Kenntnisse stets zu vervollkommnen. Starke Negerinnen helfen sich selbst durch wiederholtes Kopfüberstürzen; vornehmere Frauen werden von der Hebamme mit Arzneimitteln behandelt, die sie meistens in den Uterus bringen. Im Allgemeinen besteht, bei den lockeren Eheverhältnissen der Orientalen, eine viel lebhaftere Nachfrage nach Präservativen gegen die Fruchtbarkeit, als nach Mitteln zu ihrer Förderung. Einige der ersteren werden auch von Aerzten verkauft und bei Männern angewendet [1]).

Da dies Alles innerhalb der Familie vor sich geht, wird man sich schon eine ungefähre Vorstellung von dem Leben in mekkanischen Häusern machen können. Auf weiteres Detail einzugehen, wäre hier jedoch kaum der Ort.

Alberts (Godesberg).

---

[1]) Sunt pilulae in oblongam formam redactae, quas ante coitum in glandem penis introducunt.

B. Originalabhandlungen

und

Uebersichten.

V. Ueber Franz Joseph Gall.[1])

Von P. J. Möbius.

IV. Die Kritik.

Ehe ich zur Darstellung der speciellen Organologie übergehe, muss ich innehalten und fragen, ob es sich lohnt. Taugte die Grundlage nichts, so brauchte man sich um das Specielle nicht zu kümmern. Die allgemeine Meinung geht ja dahin, dass Gall's Lehre von Grund aus verfehlt sei, und hat deshalb für die Einzelheiten nur Spott, nicht ernsthafte Kritik. Ich werde zu zeigen versuchen, dass diese Meinung unberechtigt ist, dass wir daher verpflichtet sind, anders als bisher zu verfahren. Nur möchte ich noch darauf hinweisen, dass man mit der Anerkennung der Lehre Gall's im Allgemeinen noch nicht zur Anerkennung der speciellen Organologie genöthigt ist. Es wäre sehr wohl möglich, dass trotz der guten Grundlage Gall sich über alle einzelnen Organe geirrt hätte. Auf jeden Fall ist die Frage, ob die Form des Kopfes von den geistigen Eigenschaften abhängt, eine andere als die, ob unsere Kenntnisse zur Bestimmung des Wie ausreichen.

Ich gebe zuerst einen Ueberblick über die bisherigen Meinungsäusserungen und dann die sachliche Erörterung.

a) *Geschichtliches.*

Luciani nennt Flourens den Ueberwinder Gall's und thatsächlich hat Flourens[2]) in den wissenschaftlichen Kreisen Gall unmöglich gemacht und damit ebenso wie durch seine eigene Lehre die Entwickelung der Gehirnlehre nachhaltig gehemmt.

Flourens hat seine Schrift gegen Gall dem — Descartes gewidmet. Mit ihm kämpft er für die rationale Psychologie, für die einfache Seele und das liberum arbitrium indifferentiae. Es heisst hie Descartes und Flourens gegen Gall, hie Scholastik und falsche Physiologie gegen Naturwissenschaft und gesunden Menschenverstand, hie Spekulation und Aberglauben gegen nüchterne Beobachtung. Man sollte meinen, wenn die Leute Gall nicht verstanden hatten, so hätte ihnen des Flourens' Schrift die Augen öffnen und zeigen müssen, wo die Wahrheit war. Aber nein, die Lehrer der Naturwissenschaft schaarten sich um den Scholastiker Flourens und verhöhnten Gall. Woran lag das? Vielleicht daran, dass Flourens Thierversuche machte und Gall nicht — folglich vive Flourens, à bas Gall!

Nach Flourens beruht Gall's ganze Lehre auf zwei Sätzen: 1) dass die Intelligenz ausschliesslich im Gehirn sitzt und 2) dass jede besondere Fähigkeit ihr eigenes Organ hat. Aber der erste Satz ist nicht neu, und der zweite ist nicht wahr. Hinsichtlich des ersten Satzes sei Gall's Verdienst nur das, ihn besser begriffen zu haben als seine Vorgänger und ihn mit Hingebung dargethan zu haben. Elle [la proposition] était dans la science avant Gall; on peut dire que depuis Gall elle y règne. Um dem Gall etwas abzuthun, stellt Flourens die ganz falsche Behauptung auf, Gall croyait que l'intelligence résidait indifféremment dans tout l'encéphale. Er, Flourens, habe erst bewiesen, dass das Gehirn (l'encéphale) aus 4 Organen bestehe, nämlich aus dem kleinen Gehirn, in dem das Princip der Coordination sitze, aus den Vierhügeln, in denen das Princip des Sehens sitze, aus dem verlängerten Marke, in dem das Princip der Athembewegungen sitze, und aus den Hemisphären (le cerveau proprement dit), dem ausschliesslichen Sitze der Intelligenz. Dreist behauptet, ist halb gewonnen!

Gegen den 2. Satz führt Flourens seine irreführenden Experimente in's Feld mit denselben Worten, die ich früher citirt habe (p. 82). Die Fähigkeit, die verschiedenen Sensationen wahrzunehmen, zu fühlen, zu urtheilen, zu wollen, sitzt also an einem und demselben Orte: l'intelligence est donc une. Alles, was Gall geschrieben hat, gilt für Flourens nicht, denn über Allem steht l'unité du moi. Gall spreche immer von Beobachtungen (et lui-même était, dans son genre, un ob-

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLXIII. p. 81.

[2]) P. Flourens, Examen de la Phrénologie, Paris 1845. Im Jahre 1863 erschien: De la phrénologie et des études vraies sur le cerveau. Paris. Garnier Frères. 12°. 302 pp. Der 1. Theil dieser Schrift ist die 4. Auflage des „Examen etc.“, enthält ausser der Bekämpfung Gall's die Spurzheim's und Broussais' als Phrenologen. Der 2. Theil besteht aus geschichtlichen Erörterungen, in denen Gall eine sehr grosse Rolle spielt, Erörterungen über den noeud vital und allerhand Anderem.

servateur plein de finesse), aber die Hauptsache habe er nicht beobachtet, die Einheit des Ich. Hier prallt die Scholastik mit der Naturwissenschaft zusammen. Ja, wir sind Eins, wir fühlen und wissen uns als ein einiges Ich. Das erkennt natürlich auch Gall an, aber er zieht daraus keine voreiligen Schlüsse, er redet weder von einer einfachen Seele, wie es die alten und die neuen Scholastiker thun, noch hindert ihn die innere Beobachtung an der vorurtheilsfreien äusseren Beobachtung. Diese aber lehrt unweigerlich, dass wir trotz der Einheit des Ich im körperlichen und im geistigen Sinne zusammengesetzt sind. Wir stehen hier vor dem Wunder schlechthin, dass das Untheilbare, das Individuum thatsächlich aus Theilen besteht, dass Einheit und Mannigfaltigkeit zusammen bestehen; ja die tiefergehende Betrachtung lehrt, dass jedes Individuum nicht nur aus Theilen, sondern wieder aus Individuen besteht. Da hilft kein Vernünfteln, wir beugen uns vor der Thatsache und bekennen, dass es so *ist,* ob wir es begreifen oder nicht. Die Scholastik aber, und mit ihr Flourens, thut den Thatsachen Gewalt an, macht den allgemeinen Begriffen zu Liebe vor der Wirklichkeit die Augen zu, leugnet die Lokalisation und endigt, weil sie das grosse und auf das Wunderlichste zusammengesetzte Gehirn nicht leugnen kann, mit dem einfachen Seelensitze im Gehirne, wie nach Descartes Herbart, Lotze u. A. es gethan haben.

Das grösste Verbrechen Gall's ist nach Flourens, dass er den libre arbitre verneint. La liberté morale, dit-il [Gall], n'est autre chose que la faculté d'être déterminé et de se déterminer par des motifs. Point du tout: la liberté est précisément le pouvoir de se déterminer contre tout motif. Ohne liberum arbitrium indifferentiae, meint der grosse Philosoph Flourens, giebt es keine Moral, folglich giebt es auch für Gall keine Moral — also! Dass Gall die Einheit der Vernunft und des Willens nicht anerkenne, das sei ein psychologischer Irrthum, aber dass er den freien Willen nicht anerkenne, das sei ein moralischer Irrthum, so sagt der olle Jesuwiter. Dabei führt er den libertin Diderot als Zeugen für die Schändlichkeit der Leugner der liberté an.

Toute la philosophie de Gall consiste à substituer la multiplicité à l'unité. A un cerveau, *général et un*[1]), il substitue plusieurs petits cerveaux. Im Grunde aber mache Gall nur Worte, er kehre alles um, mache das Unterste zum Obersten und behaupte dann, er habe ein neues Haus gebaut. Theoretisch sei die Sache werthlos, praktisch führe sie zur Unsittlichkeit, der Mann sei somit gerichtet.

Es bleibe nur noch übrig zu zeigen, dass es auch mit Gall's Anatomie nichts ist. Auf das, was Gall seine Anatomie nennt, will Flourens nicht eingehen, denn darin stehe nichts von den Organen. Die Hauptsache sei die, dass Gall die Organe im Gehirne nicht habe abgrenzen können, und damit sei bewiesen, dass er die Organe nur erfunden habe, um einen Platz für die facultés zu haben, hätte Gall des Flourens Experimente voraussehen können (sagt Flourens selbst), so würde er nicht gewagt haben, die gleichmässige Masse der Hemisphären in angebliche Organe zu zertheilen. Wegen der Kranioskopie habe Gall alle Organe an die Oberfläche des Gehirns verlegt, in Wirklichkeit aber sei die Gehirnrinde ziemlich bedeutungslos, denn man könne einem Thiere beliebige Theile seiner Gehirnrinde wegnehmen, ohne dass es nur eine einzige seiner Fähigkeiten einbüsse. Auch die vergleichende Anatomie spreche gegen Gall, denn, während dieser die Liebe zu den Jungen in die hinteren Lappen verlege, haben die meisten Säugethiere und alle Vögel überhaupt keine hinteren Lappen!! Gall verlege die nur dem Menschen zukommenden Fähigkeiten in das Stirnhirn, in Wirklichkeit aber seien bei den meisten Thieren die vorderen Lappen entwickelt, die hinteren nicht. So sagt mit Leuret der grosse Anatom Flourens. Ferner, die Kranioskopie tauge gar nichts, denn die äussere Fläche des Schädels entspreche nur unvollkommen der Oberfläche des Gehirns; für die Faserbündel aber (pour les faisceaux de fibres) repräsentire sogar die innere Schädelfläche ihre Form nicht, denn dazwischen liege eine Schicht grauer Masse!

Mit einer Verdächtigung Gall's schliesst die Streitschrift. Descartes habe sich tagelang in einen Winkel zurückgezogen (s'enfermait dans un poêle), um zu meditiren, der leichtsinnige Gall aber habe kein Bedürfniss der Sammlung gehabt, denn er habe auf das Schlaueste die Leute in der Gesellschaft beobachtet und habe ihnen ihre geheimen Neigungen abgelockt. Welcher Gegensatz: Descartes, blind für die Welt, tief in sein Inneres versenkt, Gall, zufrieden damit, Schädel zu sehen und zu betasten.

Alles in Allem muss man des Flourens Abhandlung als ein geringes Machwerk bezeichnen und doch steht Flourens hoch über den späteren Verkleinern Gall's, denn er spricht wenigstens im Ganzen anständig von Gall und er hat ihn wirklich gelesen, während diese Gall verhöhnen, ohne ihn gelesen zu haben. Abgesehen von den hässlichen Ausfällen in der Streitschrift sagt Flourens viel Gutes von Gall. Er rühmt ihn als den Reformator der Gehirnanatomie und meint, man könne sein Verdienst erst dann würdigen, wenn man mit der tiefen Unwissenheit bekannt sei, die bei Gall's Auftreten herrschte. Je n'oublierai jamais l'impression que j'éprouvai la première fois que je vis Gall disséquer un cerveau; il me semblait que je n'avais pas encore vu cet organe. Gall habe sich um die Physiologie des Gehirns die grössten Verdienste erworben, er habe zuerst mit Bestimmtheit gelehrt, dass alle Leidenschaften und

---

[1]) Von mir gesperrt. M.

Geisteskrankheiten ihren Sitz im Gehirn haben, dass dieses nicht nur Sitz der Intelligenz, sondern aller geistigen Thätigkeiten sei, er habe zuerst klar die Beziehungen zwischen der Entwickelung der seelischen Funktionen und der des Gehirns dargelegt. Gall ist l'observateur profond qui nous a ouvert, avec génie, l'étude de l'anatomie et de la physiologie du cerveau.

In Deutschland hatte Gall anfangs mehr Freunde als Gegner. Während Ackermann in Heidelberg und Walter in Berlin ihn heftig angriffen, waren die besten Leute, so Reil, Froriep, Hufeland u. A., ihm wohlgeneigt. Reil erklärte, dass er „in Gall's anatomischen Demonstrationen des Gehirns mehr gesehen habe, als er geglaubt hätte, dass ein Mensch in seinem ganzen Leben entdecken könnte". Hufeland, der an eine „Darstellung der Gall'schen Gehirn- und Schädel-Lehre" von Prof. C. H. E. Bischoff in Berlin „Bemerkungen" anschloss, schrieb: „Mit grossem Vergnügen und Interesse habe ich den würdigen Mann selbst seine neue Lehre vortragen hören, und bin völlig überzeugt worden, dass er zu den merkwürdigsten Erscheinungen des 18. Jahrhunderts, und seine Lehre zu den wichtigsten und kühnsten Fortschritten im Reiche der Naturforschung gehört. Man muss ihn selbst sehen und hören, um den unbefangenen, von jeder Charlatanerie, Unwahrheit oder transcendentellen Schwärmerei weit entfernten Mann kennen zu lernen. Mit einem seltenen Grade von Beobachtungsgeist, Scharfsinn und Induktionstalent begabt, in der Natur aufgewachsen, und durch steten Umgang mit ihr zu ihrem Vertrauten gebildet, fasste er eine Menge Merkmale und Erscheinungen im ganzen Gebiete der organischen Wesen auf, welche bisher entweder gar nicht oder nur oberflächlich bemerkt worden waren, stellte sie mit sinnreichem Geiste zusammen, fand ihre analogischen Verhältnisse, ihre Bedeutungen, zog Schlüsse daraus und setzte Wahrheiten fest, die eben dadurch höchst schätzbar werden, dass sie rein empirisch, blos der Natur nachgesprochen sind". Hufeland bringt dann eine Reihe von Bedenken vor und schliesst, dass die Organologie im Ganzen wahr, die Organoskopie aber noch sehr unzuverlässig sei. Später sprach auch Fr. Arnold wohlwollend über Gall's Lehre, freilich ohne Gall gelesen zu haben.

Allmählich scheint sich der Wind gedreht zu haben. Ueber Flourens und seinen Herrlichkeiten vergass man Gall. Ueberhaupt drängte die neuere Entwickelung der Physiologie unter dem Einflusse der Franzosen die Gedanken auf Wege, die von denen Gall's weit ab lagen. Erst um das Jahr 1840 wurde die Aufmerksamkeit dadurch wieder rege, dass Engländer, die in ihrer Heimat durch Spurzheim Gall's Lehre als „Phrenologie" kennen gelernt hatten, nach Deutschland kamen und Propaganda machten. Sie fanden Anhänger und C. G. Carus trat auf, halb zustimmend, halb verneinend. Die Sache gestaltete sich dadurch recht ungünstig, dass die meisten Phrenologen Laien waren und nicht immer geschickt verfuhren. So unklar und schlecht begründet des Carus Kranioskopie auch war, fand sie doch bei den Gelehrten vielfach Anklang und der Gallimathias von den 3 Schädelwirbeln und der Dreitheilung der Seele galt für „wissenschaftlich".

Die Gegner der Phrenologie, zu denen die meisten Mediciner gehörten, erhoben ihre Stimmen auch. Freilich fragten sie nie, ob die von Gall beschriebenen Thatsachen richtig seien, sondern immer, ob die Lehre mit ihren vorgefassten Meinungen übereinstimme, und bei Allen fast ist es ersichtlich, dass sie Gall nie gelesen haben. Man schämt sich, wenn man diese Widerlegungen der Phrenologie liest. Ein Tübinger Docent der Physiologie z. B., Dr. G. H. Meyer[1]) tödtete Gall ohne ihn gelesen zu haben und bewies seine Weisheit dadurch, dass er behauptete, die starke Entwickelung des Vorderkopfes beim Menschen hänge nur davon ab, dass beim Menschen der sogenannte Hirnbalken grösser sei als bei den Säugethieren. In wissenschaftlichen Kreisen scheint die Bekämpfung der Gall'schen Lehre durch Andreas Retzius Eindruck gemacht zu haben. Rud. Wagner erklärte, er schliesse sich dem Urtheile von Retzius ganz an. Wenn man jetzt den Aufsatz des schwedischen Gelehrten liest, kommt einem diese Anerkennung etwas wunderlich vor. Retzius[2]) weist natürlich auf die glorreiche Kritik des Flourens hin. Er macht dann den unglücklichen Versuch, Gall's Anatomie anzugreifen. „Auf dieser schwachen anatomischen Grundlage versuchte Gall das, was er die Physiologie des Gehirns nannte, zu erbauen. *Sein vorzüglichster Beweggrund hierzu war*[3]), die Einheit der Seele zu bezweifeln und dann zu leugnen. Um dazu zu gelangen, sollte die Seele aus seinen 27 Seelenfähigkeiten zusammengesetzt sein." Merkwürdig, dass die Anatomen so besorgt um die Einheit der Seele sind! Gall habe ganz ungenügende Kenntnisse von den Gyri gehabt, erst Foville habe das Rechte gefunden. „So zeigt uns gerade das Studium der Windungen, dass Gall nur den kleinsten [!] Theil dieser wichtigen Organe berücksichtigt." R. behauptet, dass „der grösste Theil der Oberfläche der Hemisphären in keiner Berührung mit den Regionen des Schädels steht, auf welche die phrenologischen Organe placirt worden sind". Bei dieser eigenthümlichen Auffassung nimmt es nicht weiter Wunder, dass R. ernsthaft

---

[1]) Die Phrenologie vom wissenschaftlichen Standpunkte aus beleuchtet. Tübingen 1844.

[2]) Beurtheilung der Phrenologie vom Standpunkte der Anatomie aus. Archiv f. Anat. u. Physiologie (herausgeg. von Joh. Müller). Jahrgang 1848. p. 233.

[3]) Von mir gesperrt. M.

hervorhebt, es sei doch auch der Fornix aus Hirnwindungen gebildet. Sodann wendet sich R. gegen Gall's Auffassung der einzelnen Theile der Gehirnrinde. Die Lehre vom Kleinhirn sei verfehlt, denn der Amphioxus habe kein Kleinhirn u. s. w. Gall suche irrigerweise den Sitz der Liebe zu den Jungen im hinteren Lappen, aber „die hinteren Lappen werden mit wenigen Ausnahmen bei den Säugethieren vermisst". Gall hatte klar und überzeugend dargethan, auf welche Weise die Anatomen auf diesen ungeheuerlichen Irrthum gerathen sind, er hatte gezeigt, welches Verhältniss Hinterlappen und Kleinhirn bei den verschiedenen Thierarten haben. Das hatte aber nichts geholfen, denn 50 Jahre später belehrte Retzius mit Leuret und Flourens den Gall, dass die Säugethiere keinen Hinterlappen haben. Ein weiterer Vorwurf, den R. gegen die Phrenologen richtet, ist der, sie hätten die Entwickelung der Hirnlappen nicht berücksichtigt. Zuerst entwickle sich nämlich beim Embryo der vordere Lappen, dann der mittlere, zuletzt der hintere, „so dass die hinteren Lappen den Schlussstein in der Bildung des Gehirns ausmachen und eigentlich dem Menschen angehören". Es sei anzunehmen, dass „die vorderen Lappen am niedrigsten, die mittleren höher und die hinteren am höchsten in der funktionellen Rangordnung und Bedeutung stehen". Das ist die Wissenschaft, die über Gall gerichtet hat. Armer Gall! Weiterhin folgen bei Retzius lange Ausführungen über die Rassenschädel und über künstlich verunstaltete Schädel, die gar nichts besagen. Zu erwähnen ist vielleicht noch, dass Retzius annimmt, „dass es grosse Geister mit ungewöhnlich kleinem Kopfe und somit auch kleinem Gehirne gegeben hat"! Am Schlusse sagt Retzius: „Nachdem ich solchergestalt so viele Einwürfe und Bedenklichkeiten gegen die Phrenologie dargelegt habe, möchte man wohl glauben können, dass ich sie auch nach allen ihren Theilen für ungereimt halten dürfte. Dies ist aber bei Weitem nicht meine Meinung. Was ich gegen Gall und seine Nachfolger in der Phrenologie, sowie gegen ihre Lehre habe, ist die Tendenz, sie zu einer Wissenschaft machen zu wollen, dass die Phrenologen ihre Lehre auf philosophischem Grunde errichten wollen, während sie, die Einheit der Vernunft leugnend, damit anfangen, die Philosophie über den Haufen zu werfen, und dass sie auf eine Anatomie des Gehirns bauen wollen, die nicht existirt." „Es ist indessen höchst wahrscheinlich, dass die äussere Form des Kopfes in mehrfacher Hinsicht Zeugniss von den Seeleneigenschaften ablegen könne." Vor allen Dingen haben die Phrenologen bisher die Schädel noch nicht genau genug gemessen! Darin liegt die Zukunft. Von Retzius rührt bekanntlich die Eintheilung der Schädel in brachycephale und dolichocephale einerseits, in orthognathe und prognathe andererseits her, und unter diesem öden Schematismus leiden wir noch heute.

Auch Retzius hatte wahrscheinlich den Gall gar nicht gelesen. Sicher hat es Hyrtl[1]) nicht gethan, dessen Aufsatz gegen die Phrenologie sehr zu beklagen ist. Die meisten von uns schätzen Hyrtl als ihren Lehrer in der Anatomie und wissen seinen Lehrbüchern Dank, bei der „Kritik der Schädellehre" aber scheint ihn sein guter Geist ganz verlassen zu haben. Kennte man den Verfasser nicht, so würde man das Schriftstück für das Werk eines Journalisten halten, dem es nicht um die Sache, sondern um den Effekt auf das Publicum zu thun ist und der deshalb auch unwürdige Spässe nicht verschmäht. Gall war mehr als ein guter Lehrer, er war ein Bahnbrecher und Hyrtl sollte nur mit dem Hute in der Hand von ihm reden. Statt dessen beginnt er mit der Behauptung, Gall's Schädellehre sei nicht so sehr Irrthum in der Idee, als Charlatanerie in der Ausführung gewesen. Die „Wissenschaft" habe die Verhandlung über diesen Gegenstand ganz von sich gewiesen, „da es Irrthümer giebt, denen man nicht einmal die Ehre einer anständigen Widerlegung gönnen mag" [Pfui!]. Das „gewichtigste Bedenken" gegen die Gall'sche Lehre sei, „dass die Triebe, Neigungen, Anlagen sich nur an den der manuellen Exploration zugänglichen Regionen des Schädels ausprägen sollen, da doch auch an der unteren Fläche des Gehirns Theile des Gehirnorganismus, und zwar gerade die lebenswichtigsten, liegen". Das heisst nun freilich, den Sinn einer Lehre knollig missverstehen. Von den lebenswichtigsten Organen ist eben keine Rede, sondern von denen der Triebe. Diese verlegt Gall in die Gehirnrinde, und zwar in die ganze Rinde, nicht nur in die der Schädelwölbung anliegenden Theile. Bei der Kranioskopie aber kann er natürlich nur von der Gehirnrinde sprechen, soweit sie die Form des Schädelgewölbes bestimmt. Weiterhin folgen Anekdoten über die Entdeckung der einzelnen Organe, die Gall lächerlich machen sollen, psychologische Bedenken, die sich bei dem Anatomen Hyrtl etwas komisch ausnehmen, im Gespräche gefallene ganz thörichte Aeusserungen Napoleon's gegen Gall, Berichte über angebliche grobe Irrthümer Gall's, kurz eine Polemik, die eines ernsten Mannes nicht würdig ist. Gall hatte gesagt, das und das habe ich beobachtet. Hyrtl und andere Gegner untersuchen das Thatsächliche gar nicht, sondern antworten, das kann nicht sein, denn es widerspricht unserer Denkungsart vollständig. Die Behauptung, „dass den Erhabenheiten des Schädels keine Erhabenheiten des Gehirns entsprechen", ist doch keine „einfache anatomische Wahrnehmung", wie Hyrtl meint, sondern eine petitio principii und dabei grundfalsch. Wäre Hyrtl nicht vom Hass verblendet gewesen, so hätte er einen so thörichten Satz über-

[1]) Jos. Hyrtl, Lehrbuch der topograph. Anatomie. 3. Aufl. Wien 1857. I. p. 113.

haupt nicht ausgesprochen. Natürlich beruft sich Hyrtl auf Retzius, wie sich dieser auf Flourens berufen hatte: es hängt Gewicht sich an Gewicht. Bei alledem hat Hyrtl so viel geraden Sinn, dass er sagt: „Es lässt sich zwar a priori gegen die Idee des Gall'schen Systems nichts einwenden; eine gewisse Lokalisirung der Geistesthätigkeiten auf einzelne Gehirnorgane hat gerade nichts Absurdes".

Ich müsste fürchten, zu weitläufig zu werden, wollte ich alle von hervorragenden Medicinern gegen Gall gerichteten Aeusserungen wiedergeben. Nur einiges Erstaunliche sei angeführt. Nach A. W. Volkmann, der die Lehre Gall's „mit den Waffen der Hegel'schen Logik" angreift und dessen psychologische Auseinandersetzungen sehr schwach sind, ist ein Parallelismus zwischen der Grösse des Gehirns und der einer seelischen Thätigkeit gar nicht denkbar. Wenn Einer sage, die Grösse der Hirntheile sei ceteris paribus der Maasstab für die Energie der Seelenthätigkeiten, so könne man eben so gut sagen, die Dickleibigkeit eines Buches sei ceteris paribus der Maassstab für dessen Werth. Joh. v. Müller meint, die Lokalisation nach Gall sei eine physiologische Unmöglichkeit. „Es giebt durchaus keine Thatsache, welche nur entfernter Weise die Richtigkeit einer solchen Ansicht im Allgemeinen und die Durchführung im Einzelnen zu erweisen im Stande ist. Es lässt sich keine Provinz des Gehirns nachweisen, worin das Gedächtniss, die Einbildungskraft u. s. w. ihren Sitz hätten" [als ob Gall so Etwas behauptet hätte!]. „Bedenkt man auf der anderen Seite die z. Th. ganz unpsychologischen, von Gall zusammengebrachten Urvermögen, so kann man diese durchaus Nichts beweisenden Willkürlichkeiten ohne Weiteres von dem Forum wissenschaftlicher Untersuchungen ausschliessen." Merkwürdig, dass, sobald es sich um Gall handelt, Alle competente Richter über die Psychologie sind.

Es scheint, dass man etwa vom Jahre 1860 an Gall für erledigt gehalten habe. Wenigstens habe ich keine ausführliche Widerlegung seiner Lehre in der jüngeren Literatur gefunden, mag sein, dass mir Manches entgangen ist. Jedoch muss ich hier noch K. Rieger[1]) erwähnen. Zwar giebt sich Rieger zu einer Widerlegung der Gall'schen Lehre nicht her, sie ist für ihn todt, aber er spricht doch recht Viel über Gall und die Phrenologie. R. stellt insofern eine ruhmvolle Ausnahme dar, als er wirklich in Gall gelesen hat. Um so bedauerlicher ist es, dass auch sein Urtheil schief und ungerecht ist. Die Verirrungen der sogen. Phrenologie können nach R. heute von jedem Kinde eingesehen werden. Gall's Psychologie besteht aus Unmöglichkeiten, er hat in der Hauptsache Worte substantiirt und materialisirt. „Freilich für die Vertreter wahrer Wissenschaft waren Gall's Irrthümer zu plump, als dass sie ihr anders als mit Verachtung und Mitleid hätten begegnen können ... Aber diese Männer sind eben immer selten und darum richten solche Verirrungen, mögen sie noch so grob sein, in nahestehenden Wissensgebieten immer Schaden an." Plump und grob? Unerträglich ist das Stolziren mit der „wahren Wissenschaft", denn Jedem ist die wahre Wissenschaft die, die er anerkennt. Wie falsch die Behauptung R.'s in historischer Hinsicht ist, das geht aus der bisherigen Darstellung zur Genüge hervor. Besonders ungerecht ist der Vorwurf des Leichtsinns gegen Gall. Gewiss war Gall mit Folgerungen rascher, als wir es uns heute gestatten, aber so waren zu seiner Zeit alle Gelehrten. Man soll einen Mann in seiner Zeit verstehen, mit seinen Zeitgenossen verglichen war Gall äusserst gewissenhaft und vorsichtig.

Die Meisten begnügen sich mit kurzen wegwerfenden Aeusserungen. Schon Carus hatte gesagt „Gall in seiner unlogischen Art", obwohl doch, wer in einem Glashause sitzt, nicht mit Steinen werfen soll. Später wird es üblich, Gall als Einen zu behandeln, den man nicht ernst nimmt. Nur nebenher erwähnt man die unlogischen, oberflächlichen, unwissenschaftlichen, phantastischen, frivolen Behauptungen Gall's, man behandelt ihn nicht, wie es sich gehört, als einen ausgezeichneten Anatomen, sondern als einen Hanswurst, der von Anatomie gar nichts versteht. „An vielen Stellen, sagt W. Wundt, verbieten uns Verdickungen und Höhlungen des Knochens, irgend etwas von der Form der unterliegenden Gehirnrinde zu schliessen. Nach den Grundsätzen Gall's, die sich auf die dem Menschen nächststehenden Thiere anwenden lassen, würde sich der Gorilla durch eine enorme Entwickelung der Gottesfurcht auszeichnen."[1]) Kann man ungerechter und böswilliger von einem grossen Manne reden?

---

[1]) Ueber die Beziehungen der Schädellehre zur Physiologie, Psychiatrie und Ethnologie. Würzburg 1882.

[1]) „Gehirn und Seele". Deutsche Rundschau XXV. p. 47—72. 1880.

In diesem Aufsatze erwähnt der Vf., dass August Comte in der Phrenologie die Psychologie der Zukunft sehe und Gall neben Kant stelle. Ich kenne die Schriften Comte's nicht, muss aber sagen, dass die Angabe W.'s das erste Anziehende ist, was ich über den französischen Philosophen gehört habe.

W.'s eigene Ansicht kann man daraus erkennen, dass nach ihm beim Aussprechen des Satzes „Weiss ist nicht Schwarz" die Vorstellungen des Weissen und des Schwarzen einen begleitenden physiologischen Vorgang haben, „die vergleichende Denkthätigkeit" aber nicht. Wohl bekomm's!

Neuerdings hat A. Baer[1]) noch einmal eine ganze Menge der schiefen Urtheile über Gall zusammengebracht. Er beginnt gleich mit einer falschen Angabe, Gall habe seine Lehre als Phrenologie bezeichnet. Das ist aber Gall gar nicht eingefallen, der Name kommt bei Gall gar nicht vor, er rührt von einem Schüler Spurzheim's her. Die Schädelstudien haben Baer zu der Einsicht gebracht, „dass die Bildung des Schädels in keiner Weise von der des Gehirns abhängt". Sein Eifer führt ihn so weit, dass er (1893!) auf p. 14 sagt, Flourens *„hat gezeigt"*, dass die Substanz des Gehirns in funktioneller Beziehung ganz indifferent sei und auf p. 15 zugiebt, dass die Flourens'sche Lehre sich „in keiner Weise bestätigt gefunden hat". Das Buch Baer's, das diese unkritische Zusammenstellung enthält, ist eigentlich gegen Lombroso gerichtet und beginnt deshalb mit der Bekämpfung der Phrenologie, weil der Vf. die richtige Erkenntniss hat, dass Gall der eigentliche Begründer der Criminal-Anthropologie ist. Bei Lombroso aber, der allen Grund hätte, Gall als seinen Vater zu ehren, wird dieser, soviel ich sehe, nicht erwähnt. Die Craniometrie that es Lombroso an und seine Schädelmessungen sind das grösste Hinderniss für die Anerkennung des guten Kernes seiner Lehre geworden. Die Craniometer sind par esprit de corps Gegner Gall's. Eine Ausnahme macht nur M. Benedikt. Er sagt[2]): „Als Gall eine der epochemachendsten Entdeckungen der Culturgeschichte machte, dass die Gehirnhemisphären Träger des psychischen Lebens seien und dass der quantitative Sprung von der Thierwelt zum Culturmenschen in dem Sprunge der relativ grossen quantitativen Entwickelung der Hirnhemisphäre gegenüber der anderen Gehirnmasse liege, dass ferner die Entwickelung der Schädelwölbung mit dieser relativen Entwickelung der Hemisphären Schritt halte und als Gall den Grundsatz aufstellte, dass einerseits jeder topischen Entwickelung eines jeden Abschnittes der Schädelknochen eine conforme topische Entwickelung eines zugehörigen Gehirntheils entspreche und dass jeder Theil des Gehirns eine lokale specifische physiologische Funktion, ergo eine specifische psychologische Bedeutung haben müsse, lag es nahe, den mächtigen Dreiklang Schädel, Hirn und Psyche anzuschlagen. Es war eine Albernheit der Majorität der zeitgenössischen Gelehrten, dass sie sich die Ohren zuhielten." Es folgen Bedenken und Angaben über Irrthümer Gall's. „Dass Gall im ersten Anlaufe zur Lösung derselben [der biologisch-psychischen Gleichungen] scheiterte, darf kein Grund für gewöhnliche Menschenkinder sein, auf einen Mann wie Gall herabzusehen, den wir neben einem Baco v. Verulam, neben Newton, Galilei, Kant und anderen gleichwerthigen Heroen des Geistes zu stellen haben." Das sind schöne Worte, aber leider zeigt es sich auf p. 120, dass auch Benedict den Gall gar nicht gelesen hat. Es heisst da: „Gall hat die Scheitelsteilheit bei Dieben beobachtet und deshalb den Diebessinn auf den Scheitel verlegt". Kein Wort davon steht bei Gall und nur der, der Gall's Werk nicht kennt, kann solchen Unsinn behaupten. Ueberhaupt hätte ich Gall's Lob lieber anderswo als bei Benedikt gelesen: dass ich dich in der Gesellschaft seh'! Aeusserst komisch ist nebenbei gesagt die Behauptung B.'s, Gall hätte eine bessere Phrenologie gemacht, wenn er Herbart's Psychologie gekannt hätte.

Während noch der Chor „Kreuzige!" rief, vollzog sich schon die Wandlung, vermöge deren in naher Zukunft dem geschmähten und verachteten Gall sein Recht werden wird. Ich meine die Entwickelung der neuen Lehre von der Gehirnlokalisation. Bekanntlich war das Erste die Entdeckung des sogen. Sprach-Centrum. Es ist eigentlich merkwürdig, dass diese zuerst kam. Wenn man einmal mit Gall annahm, dass alle Zustände des Bewusstseins durch Vorgänge in den Windungen repräsentirt sind, so hätte man sich sagen müssen, dass Verbindungen von den Windungen zu den Stellen des Rückenmarkes, von denen die Nerven zu den Gliedermuskeln gehen, und Verbindungen von den Sinnesflächen aus zu den Windungen existiren müssen. Man hätte sich ferner sagen müssen, dass die Befehle zu den Muskeln nicht von allen Stellen der Windungen zugleich ausgehen können, noch Nachrichten von aussen sofort alle Windungen erreichen können, dass vielmehr die zu- und abführenden Wege von bestimmten Stellen des Hirnmantels ausgehen müssen, worauf ja auch die anatomische Anordnung hinwies. Seltsamerweise liess sich Gall auf diesen Gedankengang nicht ein und Flourens versperrte dem gesunden Menschenverstande vollends den Weg. Das pathologische Material war damals vorhanden, wie es jetzt da ist, und bei der grossen Häufigkeit der Fälle, in denen Lähmungen u. s. w. auf Rindenherden beruhen, hätte eine von richtigen Gedanken geleitete Beobachtung bald das Richtige finden müssen. Indessen das Wenigste wird auf geradem Wege erreicht. So musste auch die elementare Lokalisation auf der Gehirnrinde, die Auffindung der sogen. motorischen und sensorischen Centren auf dem Umwege über Gall's Lokalisation bestimmter geistiger Fähigkeiten erreicht werden. Gall hatte gelehrt, dass sich das Organ des Namengedächtnisses (sens des mots, mémoire verbale) im Stirnhirn befinde, und zwar hatte er es in den dem hinteren Orbitadache aufliegenden Windungen gesucht (cette partie cérébrale qui repose sur la moitié postérieure de la

---

[1]) Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung. Leipzig 1893. G. Thieme. p. 711.

[2]) Kraniometrie und Kephalometrie. Wien u. Leipzig 1888. Urban u. Schwarzenberg. p. 114.

voûte de l'orbite). Er erwähnt mehrere Fälle, in denen durch Stichverletzungen diese Gegend betroffen worden war und in denen nach Ablauf der ersten stürmischen Symptome nur ein Verlust des Namengedächtnisses zu beobachten gewesen war. Er beschreibt ferner ganz genau einen Kranken, der nach der heutigen Ausdrucksweise aphatisch war, nach einem Schlaganfalle Alles wusste und verstand, aber nicht reden konnte, nicht willkürlich nachsprechen konnte, aber zuweilen unwillkürlich vorgesprochene Wörter wiederholte, nicht lesen und nicht schreiben konnte, aber eine Anzahl von Wörtern jederzeit bereit hatte. Er bezieht sich auf Kranke, die ähnliche, aber nicht ganz gleiche Bilder darboten, und gesteht, dass er über die feineren Unterschiede noch nichts Genaues sagen könne. Neben den sens des mots stellte er noch einen sens du langage de parole, dessen Organ unmittelbar neben dem des ersteren liegen sollte. Ganz klar wird die Sache, wenigstens anatomisch, nicht. Kussmaul[1]) erwähnt, dass ein Phrenolog, Thomas Hood, den ersten Sektionbefund bei Aphasie im Jahre 1822 gemacht habe; er fand eine Erkrankung des linken Stirnlappens. Bouillaud (1825) verfocht als Schüler Gall's energisch Gall's Lehre von der Lokalisation des principe législateur de la parole im Stirnlappen, aber Cruveilhier, Trousseau u. A. sagten nein, die Sprache könne nach gänzlicher Zerstörung beider Vorderlappen erhalten bleiben. Marc Dax (1836) zeigte, dass bei Hemiplegie mit Aphasie die Läsion links sitze. Broca endlich (1861), der bis dahin mit den Anderen Bouillaud bekämpft hatte, entdeckte, dass Zerstörung des Fusses der 3. linken Stirnwindung Aphasie macht. Nachdem seine Collegen ihn lange auf das Hartnäckigste bekämpft hatten, mussten sie sich überzeugen lassen und nun war er „der grosse Broca". Natürlich gedachte Niemand dankbar Gall's. Mit der Auffindung der „Broca'schen Stelle" war die Frage nach der Lokalisation im Principe entschieden. Man sollte meinen, dass die Kliniker, die wussten, dass nach Zerstörung einer kleinen Windung der Mensch nicht mehr sprechen kann, sich auf das Eifrigste bemüht hätten, durch genaue Untersuchung des Kranken und der Leiche die Wirkung umschriebener Rindenherde überhaupt zu erkennen. Aber nein, es geschah zunächst gar nichts. Das lag nicht an der Schwierigkeit der Sache, sondern daran, dass die Aerzte zu viel auf die Physiologen hörten, zu viel theoretisirten und unglaublich liederlich untersuchten. A. a. O. erzählt Kussmaul, dass Trousseau bei einem Aphasie-Kranken die Broca'sche Stelle unversehrt gefunden haben wollte; Broca lief schnell hin und fand, dass ausser Scheitel- und Inselwindungen auch die 3. Stirnwindung links erweicht war. Velpeau behauptete, ein Krebs habe die Vorderlappen ganz zerstört, in Wahrheit waren 2 Drittel des linken Stirnlappens unversehrt. Das geschah am grünen Holze. Ob schliesslich doch die klinische Beobachtung zum Ziele geführt hätte, wissen wir nicht. Thatsächlich mussten erst die Thierversuche von Fritsch und Hitzig, die Entdeckung von Betz auf die motorische Bedeutung der Centralwindungen führen. Eine wichtige Entdeckung machte Wernicke (1874), obwohl er von den wunderlichen Vorstellungen Meynert's ausging: er fand durch klinische Beobachtung die sensorische Aphasie, die von Verletzung der 1. Schläfenwindung abhängt. Seine Auffassung wurde durch Munk's Versuche (1876) bestätigt und andererseits entdeckte Munk die Abhängigkeit des Sehens von den Occipitalwindungen. Dass beim Menschen Läsionen der Centralwindungen dauernde Lähmungen bewirken, wurde hauptsächlich durch Charcot und Pitres festgestellt (1877). Seitdem hat eine Fülle theils klinischer, theils experimenteller Beobachtungen alle Zweifel beseitigt: Niemand kann heute mehr daran zweifeln, dass die Windungen nicht gleichwerthig sind, dass diese mit diesen, jene mit jenen Funktionen in Beziehung stehen. Dabei ist es gleichgültig, wie die Sache erläutert wird, welcher Sinn dem Worte Centrum beigelegt wird, ob Hemmung in Frage kommt oder nicht. Man mag sich dieser oder jener Ansicht anschliessen, immer bleibt bestehen, dass die Oberfläche des Gehirns aus funktionell verschiedenen Theilen, d. h. aus Organen besteht. Das aber ist Gall's Lehre, wenn auch Gall's Organe und die heutigen Centra verschiedener Art sind.

b) Sachliches.

1) Die heutigen Centra sind, bildlich gesprochen, die Thüren des Bewusstseins, die Stellen, an denen unser Bewusstsein mit dem Unbewussten verknüpft wird. Die sensorischen Centra sind die Orte, an denen die der Wahrnehmung entsprechenden Gehirnvorgänge ablaufen, die motorischen die, an denen die Entäusserung stattfindet, das Wollen That wird. Die Vorgänge, die sich an die Wahrnehmung anschliessen, zwischen Empfindung und Thun liegen, verlegen wir auch in den Gehirnmantel, genauer, wir nehmen an, dass ihnen

---

[1]) Die Störungen der Sprache. Leipzig 1877. p. 133 flg. — Kussmaul sagt a. a. O.: „Gall hat das grosse Verdienst, die Zergliederung des Gehirns von unten nach oben eingeführt, die durchgehende Markfaserung des Gehirns erkannt und sie vom Rückenmark her bis zu ihrer Ausstrahlung in die Grosshirnrinde verfolgt zu haben. Damit ist die nothwendige anatomische Grundlage aller Lokalisation der Gehirnfunktionen: die Verbindung nämlich der ganglиösen Centralmassen des Gehirns durch isolirte Faserbahnen einerseits mit den Sinnen, andererseits mit den beweglichen Leibesgliedern gewonnen worden". Siehe, noch ein Gerechter!

irgend welche Veränderungen darin entsprechen, aber wir begnügen uns mit dieser Lokalisation im Allgemeinen.

Gall verstand unter Lokalisation, dass die einzelnen geistigen Eigenschaften, Fähigkeiten, Triebe an bestimmte Stellen des Gehirnmantels geknüpft seien. Es wäre zunächst zu fragen, ob diese Gall'sche Lehre mit den heutigen Anschauungen vereinbar sei. Anatomische Gründe dagegen liegen sicher nicht vor. Vielmehr kann man sagen, dass das Wenige, was die Gehirnanatomie bis jetzt aussagen kann, für Gall spricht. Die neueren Untersuchungen über die Gehirnrinde, die Nissl u. A. angestellt haben, haben gezeigt, wie ausserordentlich reich die Rinde an verschiedenen Elementen ist, dass ähnliche Zellen da und dort auftreten, Schichten und Gruppen bilden, dass der Bau der Rinde um so reicher und mannigfaltiger wird, je höher das Thier steht, dass diese Zellengruppen auf Gifte anders reagiren als jene u. a. m. „Der Bau der Rinde, sagt Kraepelin, ist demnach nichts weniger als einförmig, wie etwa derjenige der Leber, sondern sie enthält eine Menge neben und über einander gelagerter Organe von sehr verschiedener Ausdehnung und nicht minder verschiedenartigem Aufbau."

Auch P. Flechsig[1]), der übrigens mit Anerkennung von Gall spricht, gelangt zu entsprechenden Ergebnissen, obwohl seine Anschauungen über die Lokalisation der Geistesfähigkeiten eine andere Richtung einschlagen.

Bei den eingehenden Studien über die Form der Gehirnwindungen hat man gefunden, dass keineswegs bei allen Individuen die embryonalen Furchen und Windungen gleichzeitig auftreten, noch, wenn sie da sind, einander gleichen. „Diese Thatsache ist deshalb sehr wichtig, weil sie den Beweis enthält, dass *die Hirnrinde, der Träger der höheren Seelenthätigkeit, schon in der Anlage für verschiedene Individuen verschieden ausgedehnt ist*" (Edinger).

Giebt es physiologische Gegengründe? Es könnte Einer sagen, die Gehirnrinde ist vertheilt, wir wissen jetzt, welche Funktion den Windungen zukommt, also ist kein Platz mehr für Gall's Organe. Natürlich wäre zu erwidern, dass wir über weite Strecken der Rinde noch gar nichts wissen, dass die „Centra" einen verhältnissmässig kleinen Theil der Gehirnoberfläche einnehmen. Das ist aber nicht einmal die Hauptsache. Es wäre eine sehr rohe Auffassung, wenn man glauben wollte, dass die Bedeutung der Windungen erledigt sei, sobald man sie als Bedingungen dieser oder jener Funktion erkannt hat, wenn man z. B. annähme, die vordere Centralwindung habe nichts weiter zu thun, als die bewussten Bewegungen der Glieder zu vermitteln. Schon die anatomische Betrachtung zeigt, dass die grossen motorischen Zellen nur an verhältnissmässig kleinen Stellen gefunden werden, dass ausser ihnen eine Masse von anderen Gebilden vorhanden ist. Es wäre daher sehr wohl denkbar, dass die Centralwindungen eine ganze Reihe von Centren hätten. Es wäre andererseits durchaus möglich, dass die Stirnlappen für die Rumpfbewegungen Bedeutung hätten neben ihrer Bedeutung für das geistige Leben. Dass die Behauptung, der Stirnlappen sei Centrum der Rumpfbewegungen und weiter nichts, nicht mit einem allgemeinen Hohngelächter beantwortet, sondern vielfach ernsthaft in Erwägung gezogen worden ist, das zeigt, wie viel die Leute sich von den Physiologen gefallen lassen, und ist eine höchst betrübende Thatsache.

Früher wurde als Beweis gegen Gall die Behauptung bis zum Ueberdrusse wiederholt, es sei ihm nicht gelungen, seine angeblichen Organe abzugrenzen. Da für die heute anerkannten Centra keine groben Grenzen nachweisbar sind, fällt der Einwand weg. Jeder begreift, dass bei der allseitigen Verknüpfung der Theile im Gehirne die Gehirnorgane nicht getrennt sein können, wie etwa die Beeren einer Traube, deren jede ihren eigenen Stiel hat. Aber Einige haben die Meinung geäussert, die geistigen Fähigkeiten möchten nicht an umschriebene Stellen des Hirnmantels geknüpft sein, sondern den verschiedenen Fähigkeiten möchten die verschiedenen Schichten der Gehirnrinde entprechen. Zum ersten Male tauchte diese Idee bei Wernicke auf; er stellt sich vor, dass „eine Art schichtenweiser Ablagerung der Vorstellungen, ähnlich den Sedimentbildungen der jüngsten Erdschichten" im Gehirne stattfinde. In den äussersten Schichten soll „das Bewusstsein der Körperlichkeit" stecken, tiefer das „der Aussenwelt", ganz unten das „der Persönlichkeit". Bei dieser fürchterlichen Psychologie stehen einem allerdings die Haare zu Berge, aber Kraepelin meint, dass doch die psychischen Organe schichtweise angeordnet und flächenhaft ausgebreitet sein müssen; er hält die kleinzellige Schicht für die dem höheren Seelenleben wichtigste, weil sie erst beim Menschen ihre hohe und eigenartige Entwickelung erlange. Kraepelin sagt ganz richtig, dass alles auf eine richtige Psychologie ankomme, und dass die gegenwärtigen psychologischen Auffassungen ganz ungenügend seien. Nun kann man allerdings mit dem „höheren Seelenleben" gar nichts anfangen. Will man bei dem gegenwärtigen Stande der Dinge an eine Lokalisation denken, so bleibt nur der von Gall eingeschlagene Weg übrig, sich an die einzelnen Triebe und Anlagen zu halten. Dass aber diese an Schichten geknüpft seien, ist recht unwahrscheinlich. Insbesondere sprechen die Erfahrungen über die Nebenformen der Aphasie dagegen. Ich muss später auf das Psychologische zurückkommen, will hier nur vorläufig darauf hinweisen, dass man cum grano salis Gall's Attribute mit den Schichten in Beziehung bringen könnte,

[1]) Gehirn und Seele. 2. Ausgabe. Leipzig 1896. Veit u. Co.

während die Grundkräfte territorial gesondert zu denken sind. Dass die Beschäftigung mit der Anatomie auf solche Gedanken bringt, ersieht man aus folgender Aeusserung Edinger's [1]), die ganz unabhängig von Gall zu sein scheint. „Wir aber sind gewöhnt, die geistige Bedeutung eines Menschen nicht nach ihrer Gesammtheit, die ja fast nie prüfbar ist, sondern zumeist nach irgend besonders hervorragenden Eigenschaften zu messen, welche dem Individuum Ansehen, Stellung u. s. w. gaben. *Solche Eigenschaften können sehr wohl auf besondere Zunahme eines einzelnen Rindengebietes zurückführbar sein,* ohne dass dies gerade in dem Gesammthabitus der Windungen oder in der Wägung sich ausdrückt."

Weiter könnte man sagen: Gall's Organe können nicht existiren, weil weder bei den Thierversuchen, noch bei der Krankenbeobachtung je ein Verlust einer Grundkraft beobachtet worden ist. Man hat z. B. darauf hingewiesen, dass Hunde trotz des Verlustes des Kleinhirns sich begattet haben, es könne daher das Kleinhirn mit dem Geschlechtstriebe nichts zu thun haben. Ich kann in derartigen Ausführungen keine Gegenbeweise sehen und glaube, dass bei der Organologie der Thierversuch weder pro, noch contra zu verwenden sei. Dass Reiz-Versuche nicht in Betracht kommen können, das liegt wohl auf der Hand. Wollte man glauben, dass Faradisiren (oder dgl.) des Kleinhirns geschlechtliche Erregung bewirken müsse, so wäre das noch schlimmer als die Annahme, beim Faradisiren der 3. linken Stirnwindung fange der Mensch an, zu sprechen. Aber auch Exstirpationen von Gehirntheilen können nichts, oder wenigstens nicht viel beweisen. Der Gehirnmantel ist Organ des Bewusstseins, in ihm sind die Funktionen repräsentirt, soweit sie in das Bewusstsein eintreten. Sie können aber zum Theil auch ohne Gehirnmantel, ohne individuelles Bewusstsein vollzogen werden, wenn nur die niederen Organe erhalten sind. Die tiefstehenden Thiere kommen ganz ohne Gehirn aus; andere haben ein Gehirn, aber dessen Bedeutung ist gering, das Thier ist im Wesentlichen eine Summe von Segmenten und das Gehirn scheint nur zur Communikation der Segmentganglien zu dienen; je höher wir in der Thierreihe steigen, um so mehr steigt die Bedeutung des Gehirns, aber noch bei hochstehenden Thieren, z. B. bei den Hunden, ist die Bedeutung des Gehirns ganz anders und viel geringer als beim Menschen. Psychologisch ausgedrückt heisst es, je tiefer das Thier steht, um so unwichtiger ist sein individuelles Bewusstsein, um so mehr wird es von der ihm unbewussten allgemeinen Vernunft geleitet. Das Thier und der Mensch, beide führen ihr Leben theils bewusst, theils unbewusst, aber die Grenze ist verschieden gezogen, dort ist der eine Theil gross, hier der andere. Der Mensch kann z. B. ohne Gehirnmantel, ohne Bewusstsein nicht laufen, der Hund kann es. Die Triebhandlungen hängen bei den meisten Thieren wahrscheinlich zunächst von untergeordneten Organen ab, sind, physiologisch gesprochen, Reflexe, die ohne das Grosshirn vor sich gehen können, obwohl dieses sie fördern oder vervollkommnen muss, da es doch sonst nicht da wäre. Auch das seines Grosshirns oder Kleinhirns beraubte Thier kann wenigstens einzelne Triebhandlungen unter günstigen Bedingungen ausführen, das gilt z. B. von der Begattung, obwohl bei dem gesunden Thiere das Bewusstsein an der Begattung theilnimmt und sie modificiren kann. Es ist wenigstens denkbar, dass trotz Luciani's Versuchen die cerebrale Repräsentation der Begattung im Kleinhirn zu suchen wäre; laufen Goltzens Hunde ohne Grosshirn herum, warum sollen Luciani's Hunde ohne Kleinhirn sich nicht begatten? Trotzdem ist auch beim Hunde das Grosshirn nicht überflüssig beim Laufen, braucht wenigstens das Kleinhirn für das Geschlechtsleben nicht überflüssig zu sein. Je schwieriger eine Handlung ist, um so nöthiger wird das Gehirn dabei sein; zum Jagen, zum Nestbauen z. B. braucht das Thier gewiss sein Grosshirn und möglicherweise bestimmte Theile davon, die Organe in Gall's Sinne. Schwerlich aber möchte es gelingen, diese Dinge dem Versuche zu unterwerfen. Auf jeden Fall ist aus den bisher gemachten Versuchen nichts für und nichts wider zu entnehmen.

Beim Menschen liegt die Sache anders. Haben einzelne Windungen bestimmten seelischen Werth, so muss ihre Zerstörung bestimmte geistige Defekte bewirken. Man kann nicht sagen, die Beobachtung beweise das Gegentheil, denn wir wissen bis jetzt gar nicht, was die Beobachtung beweisen kann. Charcot pflegte zu sagen, wir sehen nur das, was wir schon kennen, und dieser Ausspruch ist sehr wahr. Wenn man die Aerzte daran erinnern wollte, was alles sie schon abgeleugnet haben, so müssten sie ganz still sein. Wir gingen und gehen unter Kranken herum, die wir nicht erkennen. Um nur ein paar willkürlich gewählte Beispiele zu geben, nenne ich die Basedow'sche Krankheit und ihre Ableugnung, erinnere ich daran, dass die Kenntniss der progressiven Paralyse noch nicht 80 Jahre alt ist, und dass heute noch viele Aerzte an der Paralyse vorüber gehen, ohne sie zu sehen, weise auf die Blindheit für die Akromegalie, die Syringomyelie, die Akinesia algera u. s. w. hin. Auch die Geschichte der Gehirnlokalisation ist reich an solchen Beispielen. Demnach ist das Feld frei. Indessen muss man sagen, dass auch von der geschärften klinischen Beobachtung nicht viel für die Organologie zu erwarten ist. Umschriebene geistige Defekte sind schwer zu entdecken. Die meisten Menschen, und besonders die Krankenhaus-Insassen, sind von vornherein so defekt und ihr

[1]) L. Edinger, Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane. 5. Aufl. Leipzig 1896. p. 200.

Inneres ist so wenig zugänglich, dass die Untersuchung grosse Schwierigkeiten findet. Andererseits sind Läsionen, die brauchbar wären, äusserst selten. Man müsste verlangen, dass ein umschriebener Herd bestände, ohne dass das übrige geschädigt wäre. Tumoren u. s. w. können nicht ernstlich in Betracht kommen. Verletzungen, kleine Blutungen und Erweichungen allein wären brauchbar. Solche umschriebene Herde sieht man fast nur bei alten Personen, die im Allgemeinen krank und hinfällig sind, bei denen man wohl eine Lähmung und eine Anästhesie, nicht aber eine umschriebene geistige Schwäche auffinden kann. Ueberdem sind an den meisten Stellen der Gehirnoberfläche kleine Herde sehr selten und gerade an solchen Stellen, die im Sinne der Organologie wichtig wären, kommen sie fast gar nicht vor. Nehmen wir ein Beispiel. Denken wir uns die musikalische Befähigung wäre an den Gyrus supramarginalis oder etwa an das vordere Ende der 1. Schläfenwindung geknüpft. In einem brauchbaren Falle müsste bei einem Musiker diese Stelle (links oder auf beiden Seiten) zerstört werden, ohne dass die Gehirnfunktion im Allgemeinen litte. Wie oft wird das vorkommen?

Alles in Allem muss ich sagen, dass auf Grund der Anatomie und Physiologie des Gehirns triftige Gründe gegen die Möglichkeit einer Organologie bisher nicht vorgebracht worden sind, und dass ich solche Gründe auch nicht zu entdecken vermag.

2) Die meisten Gegner Gall's haben sich auf Anatomie und Physiologie nicht eingelassen, sie haben hauptsächlich die Psychologie in's Auge gefasst und haben um so mehr auf Gall's Psychologie gescholten, je weniger sie selbst von der Psychologie verstanden. Gall's Psychologie ist verkehrt, folglich taugt Gall's ganze Lehre nichts, das war das grosse Argument. Die Uebereinstimmung ist so gross, dass man von einem Beweise e consensu gentium reden könnte; dann hiesse es vox populi anatomici, vox Dei. Also wird wohl etwas daran sein. Natürlich hätten die Leute nicht so reden können, wenn sie die wahre Psychologie nicht selbst gekannt hätten. Die Mediciner sind treue Schüler der Natur, bei ihnen wird eine auf reiner Beobachtung und vorsichtigem Denken beruhende Psychologie zu finden sein und die Hirngespinnste der Philosophen werden nicht bis hierher reichen. Nun, sehen wir zu. Flourens schwört auf Cartesius, Volkmann kämpft mit „den Waffen Hegel'scher Logik", Griesinger bringt Herbart's Weisheit heran und Benedikt empfiehlt sogar dem Gall die Psychologie Herbart's u. s. f. Ja, wird man sagen, das war früher, die neue Zeit hat neues Licht gebracht, da haben wir z. B. den grossen Meynert und seine Schüler. „Die Grosshirnrinde ist demnach (sagt Wernicke[1]), um den Fundamentalsatz der Meynert'schen Lehren noch einmal hervorzuheben, der Sitz von Erinnerungsbildern in einem hinteren sensorischen Gebiete, motorischen Erinnerungsbildern oder Bewegungsvorstellungen in einem vorderen motorischen Gebiete." Die Gehirnrinde zerfällt in 2 grosse Territorien, von denen das vordere „mit Bewegungsvorstellungen besetzt" ist, heisst es auf p. VII. Das ist die Psychologie des Irrenhauses und sie gefällt den Medicinern. Man mag dies oder jenes Buch aufschlagen, es wimmelt darin von Erinnerungsbildern und Bewegungsvorstellungen, so dass es einem nach kurzer Zeit übel wird. Dazu kommt der ganze Greuel der „Associationspsychologie", kurz in Wahrheit ist die medicinische Psychologie die partie honteuse der Medicin. Man hat auch hier dem Volke statt des Brotes einen Stein gegeben, Gall hat man geschmäht und Meynert hat man gepriesen. Noch haben wir die „wissenschaftliche" Psychologie, die den Menschen von Grund aus experimentell erforscht. Aber diese weigert sich, anders als über Einzelaufgaben zu reden; was wir nicht rechnen, gilt uns nicht. Kraepelin sagt geradezu: „Alle derartigen [Lokalisation-] Bestrebungen, die über die einfachsten Sinnesempfindungen und Bewegungen hinausgreifen, müssen nothwendig an der Unvollkommenheit unserer psychologischen Kenntnisse Schiffbruch leiden. Auch die gewöhnlichsten psychischen Vorgänge erweisen sich bei genauerer Betrachtung als so ungemein verwickelt, dass wir gut begreifen, warum das Werkzeug unseres Seelenlebens einen so hoffnungslos unentwirrbaren Aufbau besitzt." Etwas Wahres ist sicher daran; aber wenn wir nicht viel begreifen, so können wir doch vielleicht etwas begreifen.

Ich möchte glauben, dass Gall's psychologische Auffassung seine grösste That sei. Seine Lehre von den Trieben und den Attributen einerseits, sein Kampf gegen die Abstracta der herrschenden Psychologie andererseits dürften dereinst zu seinen schönsten Ruhmestiteln zählen. Die Zerreissung des Menschen in Vorstellen, Gefühl, Willen oder in Intellekt und Willen oder wie die Schemata sonst heissen, quält uns bis auf den heutigen Tag. Die Physiologie ist dahin gelangt, in jedem Lebensvorgange den Reflex wiederzufinden: Reiz, bez. Reizbarkeit und Reaktion. Ein einfacher Winkel ist das Schema des Lebens (nebenbei gesagt, ob man in den Scheitel eine Ganglienzelle setzt oder nicht, das ist herzlich gleichgiltig). Dem, der mit der „monistischen" Auffassung Ernst macht, muss es einleuchten, dass so, wie Aeusseres und Inneres überhaupt einander entsprechen, dem von aussen als Reflex erscheinenden Vorgange ein Innerliches entsprechen müsse. Reiz, Reaktion dort, Empfinden, Wollen hier. Der aufsteigende Schenkel des Winkels heisst Wahrnehmung, der Scheitel Lust-Unlust, der absteigende Schenkel Wollen-Nichtwollen. Das sind die seelischen Elemente und es kann kein see-

[1]) Lehrbuch der Gehirnkrankheiten II. p. VI.

lisches Geschehen geben, in dem sie nicht alle vorhanden wären. Man kann den von innen aufgefassten Reflex auch als seelisches Radikal bezeichnen und im Grunde ist er genau das, was Gall mit seinen Attributen meinte. Ich bin zu der Lehre vom seelischen Radikal gekommen, ohne etwas von Gall zu wissen (wie ich sie denn auch längst vorgetragen habe) und freue mich der Uebereinstimmung um so mehr. Also, wo Leben ist, da ist auch Bewusstsein, wo Bewusstsein ist, da erscheint es in der Form des seelischen Reflexes, wo Wahrnehmen ist, da ist auch Fühlen und Wollen, denn alle 3 Momente sind nur die Theilstücke des einen unzertrennbaren Vorganges. Das seelische Leben mag sich steigern, vervielfachen, verwickeln, wie es will, immer handelt es sich nur um die Vervielfachung und Verflechtung der psychischen Reflexe. Alle Lebensvorgänge werden durch Wiederholung erleichtert, das nennen wir, von innen gesehen, Gedächtniss. Wo Seelisches ist, da ist auch die Möglichkeit des Gedächtnisses; dieses ist, um mich abstrus auszudrücken, ein Corollarium des psychischen Radikals. Mit anderen Worten, es kann das Gedächtniss nicht als besonderes Seelenvermögen, wie man früher sagte, neben das Fühlen, das Wollen gestellt werden, sondern es ist ein Attribut.

Es giebt keinen Intellekt an sich und es giebt keinen Willen an sich, die Art der Wahrnehmung und der Reaktion ist jederzeit bestimmt und hängt von der Einrichtung des Organismus ab, in dem die Vorgänge ablaufen. Ebenso verschieden wie die Sinnesorgane und die Gehirne sind, ebenso verschieden muss auch die Wahrnehmung sein. Da die Sinne nur Anhängsel des centralen Systems sind, so kann man sagen, in dem Grade wie die Nervensysteme verschieden sind, ist die Welt als Vorstellung, d. h. das, was für den Organismus die Welt ist, verschieden. Aber auch die Art der Reaktion ist vorherbestimmt; das Handeln eines Wesens ist weder zufällig, noch durch die individuell wechselnden Wahrnehmungen bedingt, sondern durch seinen Charakter gegeben. Als angeborenen Charakter aber bezeichnen wir die Gesammtheit der Triebe. Diese sind der eigentliche Kern des Einzelwesens, das, was Schopenhauer den Willen nannte. Wenn man es recht versteht, hat Schopenhauer ganz Recht, den Willen als den Herrn, den Intellekt als den Diener zu bezeichnen. Die Summe von Trieben oder Fähigkeiten, die Einer hat, ist das Wesentliche an ihm, erst von jenen hängt es ab, ob der Intellekt etwas leiste, und wieviel er leiste. Sie bestimmen unser Handeln und unsere ganze Art, nicht allgemeine Sätze, überkommene Lehren oder sonst etwas Angelerntes. Man lese Schopenhauer's Capitel über den Primat des Willens im Selbstbewusstsein durch und man wird, wie Schopenhauer es mit Recht behauptet, in der That mehr Psychologie daraus lernen als aus den Lehrbüchern der Psychologie. Nur sollte es statt Wille und Intellekt in Gall's Sinne heissen Grundkräfte und Attribute. Formell kann man Schopenhauer vorwerfen, dass ein Wille ohne Ziel ein Abstractum sei, dass aber ein Wille, der etwas wolle, schon mit der Vorstellung vermählt sei. Er hat aber doch Recht, denn ein Trieb ist ein Wille, der ein bestimmtes Ziel ohne Vorstellung hat, soweit nämlich das individuelle Bewusstsein in Frage kommt. Wir kennen zwar die Sache aus Erfahrung, können sie aber nicht fassen, weil die Zweckvorstellung, die wir nach unserer Denkweise supponiren, jenseits des individuellen Bewusstseins liegt. Am leichtesten kann man sich diese Wahrheit durch ein Bild klar machen. Der Trieb ist einem Instrumente zu vergleichen, das uns bei der Geburt mitgegeben wird. Bald können wir von Anfang an darauf spielen, bald vervollkommnen wir unser Spiel durch die Erfahrung, aber alles Lernen und alle Erfahrung würden nichts helfen, wenn wir das Instrument nicht hätten.

In physiologischer Sprache heisst es, es sind dem Einzelwesen fertige Apparate des Gehirns oder des Nervensystems überhaupt gegeben, die durch die Umstände des individuellen Lebens in Thätigkeit gesetzt, aber nicht geschaffen werden. Für den evolutionistisch Geschulten liegt der Einwand nahe, dass diese Apparate während der Phylogenese doch erst geworden sind. Gewiss, alles ist ja mit der Zeit geworden, aber jetzt ist es eben und wir haben es mit den Individuen zu thun, wie sie sind.

Weiter kann man gegen die Lehre von den Grundkräften einwenden, dass der Mensch nicht ein Bündel von Instinkten sei, sondern Ein Wille, der sich bald dahin, bald dorthin wendet. Das ist im Grunde Wortstreit und der Einwurf, Gall zerstöre die Einheit des Ich, zersplittere die Seele in eine Menge kleiner Theilseelen, ist recht thöricht. Die Herren verwechselten Einfachheit mit Einheit. Die Einheit ist da, die Mannigfaltigkeit ist da, was sollte es nützen, die Einheit zu leugnen, oder die Mannigfaltigkeit zu leugnen (was die sinnlose Phrase von der Einfachheit der Seele that)? Aller Streit kann sich nur auf ein Mehr oder Weniger beziehen, denn kein Verständiger wird leugnen, dass *in gewissem Grade* die einzelnen Triebe selbständig sind. Man denke an den Nahrungstrieb, an den Geschlechtstrieb. Vielleicht hemmt manchen das Wort Trieb oder Instinkt. Indessen ist ein wesentlicher Unterschied zwischen Trieben und Fähigkeiten oder Anlagen überhaupt nicht vorhanden, obwohl wir gewöhnlich nur dann von Trieben reden, wenn wir an das Gefühl des Getriebenwerdens denken. Man könnte ganz gut auch von einem Sprachtriebe, einem Musiktriebe, einem mathematischen Triebe reden. Sobald irgend eine Anlage in höherem Grade vorhanden ist, zeigt sie sich thatsächlich als Trieb. Für die relative Selbständigkeit der Triebe hat Gall soviel Beispiele beigebracht, im Hinblicke theils auf die ver-

schiedenen Thierarten, theils auf die verschiedenartige Begabung der Individuen, und jeder Denkende kann diese Beispiele so leicht vermehren, dass ich weitere Angaben unterlassen kann. Dass unser Wille (in Schopenhauer's Sinne) sich aus einer Anzahl von Partialwillen zusammensetzt, dass Zahl und Stärke der Partialwillen wechseln, dass erst aus ihrem Zusammenwirken und ihrem Streite der Charakter hervorgeht, das sind Thatsachen, die durch Worte nicht aus der Welt zu schaffen sind und die im Grunde alle Unbefangenen jederzeit anerkannt haben, wenn sie auch niemand vor ihm so klar erfasst hat wie Gall.

Bis hierher ist meines Erachtens Gall's Psychologie untadelhaft. Die grösste Schwierigkeit ist die, sich eine Vorstellung zu machen von der Beziehung der Grundkräfte zu den Attributen. Es ist wohl nicht zu leugnen, dass Gall in der Theorie die Selbständigkeit der Triebe etwas zu stark betont hat, dass es bei ihm zuweilen aussieht, als wäre jedes Organ ein kleines Gehirn für sich, da doch die Attribute nur an der Grundkraft sein sollen und jedes Organ seine eigenen Attribute haben soll. Zu streng aber dürfen wir mit Gall nicht rechten, da hier alles mehr oder weniger Bild und Gleichniss ist und wir auch heute von einem erschöpfenden Verständnisse weit entfernt sind. Fassen wir einmal die Sache recht grob, so könnte man sich den Zusammenhang folgendermaassen denken. Das Gehirn ist ein feudaler Staat. Das Ich ist der König und die Attribute sind seine Beamten, die Triebe aber sind die Barone. Kommt irgend eine Nachricht von draussen, so verbreiten sie die Beamten an die rings herum wohnenden Barone. Interessirt sich keiner für sie, so bleibt die Nachricht theoretisch. Geht sie aber einen Baron oder einige Barone an, so treten die Interessenten in Thätigkeit, es giebt Verhandlungen, Streit, Beschlüsse, schliesslich sanktionirt der König die siegreiche Ansicht und seine Beamten, die immer hin und herlaufen, führen den Beschluss aus. Es giebt Barone, die ihrer Natur nach Stützen des Thrones sind, es giebt aber auch rauhe, eigenwillige Herren, die sich nicht gern etwas sagen lassen und unter Umständen dem Könige ihren Willen aufdrängen. Möchte es jemand gelingen, die Angelegenheit wissenschaftlich zu formuliren. Man spricht von einem Kampfe der Motive, aber in Wirklichkeit können die Motive gar nicht kämpfen, die Triebe kämpfen und alles, was wir von innerem Zwiespalte, von Zweifeln und Seelenkämpfen, von psychologischen Widersprüchen, von der doppelten Seele u. s. w. hören, das geht auf den Widerstreit der Triebe.

Eine andere Schwierigkeit liegt nicht im Principe, sondern in der Ausführung. Welche sind denn nun die Grundkräfte? Ueber einige ist leicht Uebereinstimmung zu erzielen, andere sind zweifelhaft und eine vollständige Aufzählung übersteigt unsere Kräfte. Gegen die von Gall angenommenen Grundkräfte hat sich der Hohn gerichtet und die Gegner sind unermüdlich darin, über die 27 Organe zu lachen und bald an diesem, bald an jenem zu zeigen, wie kindisch Gall gewesen sei. Um gerecht zu sein, muss man sich Folgendes überlegen. Für Gall war die Theorie von den Grundkräften und ihren Attributen der Schlussstein, er kam zu ihr erst dann, als er für das, was er empirisch und ohne Theorie gefunden hatte, die tieferen Gründe suchte. Gall verfuhr so, und wer hätte anders verfahren können?, dass er sich fragte, was zeichnet einen Menschen vor dem anderen aus, haben die Eigenschaften, die bald als Fähigkeiten, Anlagen, bald als Triebe, Neigungen bezeichnet werden, eine gewisse Selbständigkeit, oder entstehen sie erst aus dem Zusammenwirken anderer Grundkräfte, wie unterscheidet sich ihr normaler Zustand von ihrer Hypertrophie u. s. f. Er verfolgte seine Vermuthungen, so gut er konnte, durch Nachdenken und Beobachten von Menschen und Thieren und wählte dann für die angenommene Grundkraft den Namen, der ihm relativ der passendste zu sein schien. Geht man ihm im Einzelnen nach, so wird man ihm wahrscheinlich nicht überall beistimmen können, aber man wird nicht umhin können, fast überall seinen Scharfsinn, sein reiches Wissen, seine Unbefangenheit zu bewundern. Mag er oft geirrt haben, er hat trotzdem auch als praktischer Psycholog Erstaunliches geleistet und die psychologischen Leistungen seiner Gegner sind wahrlich nicht im Stande, die Hochachtung vor Gall's originellem Geiste zu vermindern. Es ist Gall natürlich nie eingefallen, zu behaupten, der Mensch habe 27 Grundkräfte, er glaubte nur, soviel an der zugänglichen Oberfläche des Gehirns nachweisen zu können, und war sich bewusst, dass damit die Sache nicht erledigt sei. Seine Bezeichnungen sind zuweilen wunderlich und wohl nicht zu billigen, aber er selbst legte gar keinen Werth auf die Namen und bedauerte manchmal, dass ihm keine besseren Bezeichnungen eingefallen seien. Ein Beispiel genüge. Gall glaubte, dass das Verlangen nach Eigenthum, der Erwerbsinn, eine Grundkraft sei und in der That ist bei Thieren und Menschen der Trieb zu haben ein wichtiger Charakterzug. Ist dieser Trieb sehr stark entwickelt, so treibt er das Individuum zu Uebergriffen, zur Aneignung auch fremden Gutes. Deshalb verfiel Gall in seiner Naivetät auf die unglückliche Idee, den Trieb als Diebessinn zu bezeichnen, ein Einfall, der zu billigen Kritiken aufforderte und ihm sehr viel geschadet hat.

Ein besonderes Verdienst Gall's ist seine Bekämpfung der sog. empiristischen Auffassungen. Es gereicht uns nicht zur Ehre, dass noch heutzutage die Erkenntniss, dass alle wesentlichen Fähigkeiten angeboren sind, Widerspruch findet. Ein superkluger Rationalismus hat zum Schaden der Psychologie früher und jetzt der individuellen Entwickelung zugeschoben, was nur der Artentwicke-

lung zukommt. Man wagt z. B. der klaren Erfahrung zum Trotze zu behaupten, der Mensch lerne das Tiefensehen erst durch Erfahrung. Ein besonders betrübendes Beispiel rationalistischer Verfälschung der Erfahrung sind die berüchtigten „Bewegungsvorstellungen". Die Pädagogen reden von Charakterbildung und die Humanisten wollen den geborenen Verbrecher „bessern". Bei einem bedeutenden Psychiater finde ich zu meinem Schrecken den Satz: „Das Grosshirn ist eben von Anfang an eine wirkliche tabula rasa." O! Ein anderer erklärte mir persönlich, er habe keine Instinkte. Alles das und vieles Andere wäre nicht möglich, wenn man nicht Gall's lichtvolle Auseinandersetzungen bei Seite geschoben hätte. Wenn doch Alle, die nicht daran glauben, dass die geistige Entwickelung nichts ist als das Aufblühen einer präformirten Knospe, aufmerksam ein eben aus dem Ei gekrochenes Hühnchen beobachten wollten. Es läuft elegant und es pickt die Körnchen auf. Wer das einmal ernstlich begriffen hat, der wird auch das Uebrige begreifen.

In summa, es liegt keine Veranlassung vor, aus psychologischen Gründen, Gall's Lehre a limine abzuweisen. Diese ist vielmehr psychologisch vortrefflich begründet und es ist eine reine Thatfrage, ob die Aufstellungen Gall's im Einzelnen berechtigt sind oder nicht.

3) Das dicke Ende ist die Schädellehre. A. Retzius hatte Gall's Schädellehre verworfen und hatte an ihre Stelle die Rassenschädellehre im Anschlusse an Blumenbach gesetzt. Diesen Untersuchungen ist seitdem Zeit und Mühe im grössten Maassstabe geopfert worden und das Ergebniss ist ein „Chaos von Widersprüchen".

Retzius hatte die einfache Schädelbetrachtung für ungenügend gehalten und die Messung empfohlen. „Exaktheit" war nunmehr das Feldgeschrei. Genauigkeit ist gewiss eine schöne Sache, aber die Begeisterung für das Messen und Zählen an sich kann doch auch auf Abwege leiten. Man muss wissen, warum man misst und ob es nach der Natur des Gegenstandes einen Sinn hat, die Millimeter zu zählen, oder ob die unvermeidlichen Fehler nur approximative Angaben zulassen. Wenn man beliebige Schädel aus Gräbern, aus Beinhäusern, aus der Beute der Afrikareisenden u. s. w. misst, wenn man keine Ahnung hat von der Beschaffenheit des Menschen, dem der Schädel gehörte, wenn man überhaupt gar nichts weiss von der Bedeutung der Schädelmaasse, dann wird der Streit um die Millimeter komisch und man muss den exakten Arbeiter fragen, weisst du auch, was du thust?

Die ganze Trostlosigkeit der Kraniometrie erkennt man am besten aus dem Buche Török's[1]). Der Vf. gehört zu den leidenschaftlichen Feinden Gall's. „Fürwahr, kein wissenschaftlich denkender Naturforscher kann ohne gewisse Beschämung auf die Lavater'sche Physiognomik und auf die Gall'sche Phrenologie zurückblicken. Was soll man aber erst dazu sagen, wenn man noch heutzutage ebenso frivol wie ehedem von der äusseren Form des Schädels auf gewisse geistige und moralische Eigenschaften der betreffenden Individuen schliesst und mit diesen Schlussziehungen auch in der wissenschaftlichen Welt sich zu brüsten wagt! Z. B. der Psychiater, Herr Prof. Benedikt in Wien, überschüttet die jetzigen Kraniologen wegen ihrer Unwissenheit mit seinem Hohne und derselbe Herr Professor wagt es zur wahren Schande unserer Disciplin, die Gall'sche Phrenologie als eine herrliche Errungenschaft der Wissenschaft zu preisen." Im Gegensatze zu dem frivolen Gall schwärmt Török für die strenge Wissenschaft. „Was ist eigentlich der Selbstzweck der kraniologischen Disciplin?" Er kann in nichts anderem bestehen, „als einzig und allein in der Erforschung der Gesetzmässigkeit der Schädelform, unbekümmert darum, ob die hierbei gewonnenen Resultate auch zu diesen oder jenen praktischen Problemen sich verwerthen lassen oder nicht". Bis jetzt ist der „Selbstzweck" nach T. noch nicht erreicht. Das Verfahren der Kraniologen sei ganz planlos gewesen. Sie haben z. B. das Frankfurter Messung-Schema wie ein Dogma befolgt, aber Zeit und Mühe waren ganz umsonst, „da auch die nach dieser Schablone gemessenen und beschriebenen Berichte der verschiedenen Schädelsammlungen wenigstens in Bezug auf die Kraniometrie, gar keinen wissenschaftlichen, sondern nur einen kaufmännischen Werth, nämlich nach dem Gewichte von Makulaturpapier, haben können". „Bei einer ausführlichen systematischen, kraniometrischen Analyse eines einzigen Schädels müssen über 5000 Linearmessungen gemacht werden". „Fürwahr, wenn ich bedenke, dass nicht naive Laien, sondern die geradezu berufensten Vertreter der Kraniologie sich mit einigen wenigen (von etwa 30 bis etwa 200) Messungen behufs der kraniometrischen Charakteristik vollauf zufrieden geben (freilich herrscht aber bei diesen Koryphäen weder in Hinsicht der Anzahl, noch aber in Hinsicht der betreffenden Auswahl der Linearmessungen selbst eine Gleichförmigkeit), so muss ich es schon als einen wahren Fortschritt betrachten, wenn ich mittels der blosen Aufzählung der bisher unerhört grossen Anzahl von Linearmaassen wenigstens einige Zweifel bei den selbständig denkenden Kraniologen in Bezug auf die bisherige Richtung der Kraniometrie erregt habe. Für den allerersten Augenblick muss schon dies als ein Resultat der Reformbestrebungen angesehen werden. Denn dass es möglich wäre, schon jetzt die Nothwendigkeit der über 5000 zählenden Linearmessungen überzeugend demonstriren zu können — daran kann

---

[1]) Török, Aurel v., Grundzüge einer systematischen Kraniometrie. Stuttgart 1890. F. Enke. 8. 631 S.

nicht einmal gedacht werden und ich bin, um es ehrlich und offen zu erklären, auch nicht im Stande, dies zu thun. Ja noch mehr, ich muss auch das noch offen erklären: dass bei meiner heutigen vollkommenen Unwissenheit der Gesetzmässigkeit der Schädelform ich nicht einmal im Stande bin, zu erklären, wie viele von den über 5000 Linearmessungen zu einer nur etwas genaueren Orientirung über die allgemeinen kraniometrischen Eigenschaften der Schädelform nöthig sind." Das thut wohl. „Dass wir heute der Kenntnisse noch vollständig entbehren, das wird ja doch ein Jeder einsehen müssen, der nicht ganz und gar Laie in der Anatomie des Schädels ist! Es gehört gewiss die originäre „vis inertiae" im Denken dazu, um zu glauben, dass man mit planlos und dabei noch fehlerhaft ausgeführten wenigen (30) Messungen einen Schädel wissenschaftlich kraniometrisch bestimmen könnte! Man braucht nur einen Blick in die kraniometrische Literatur zu thun, um sofort jene Dissonanz der Meinungen über die allereinfachsten Fragen der Kraniometrie bemerken zu können, welche Dissonanz das einzige beständige Element der bisherigen kraniometrischen Forschungen bildet. Es giebt keine einzige Frage in der Kraniometrie, wo es nicht hiesse: asserit A, negat O". Der Zweck seiner Darlegungen sei nur, sagt T., die Kraniologen zum Denken anzuregen, „da die bisherige Art und Weise, sich mit Kraniometrie zu beschäftigen, nicht weiter geduldet werden darf — soll unsere Disciplin künftighin nicht weiter als Zielscheibe der Verhöhnung dienen".

Török hat freilich ganz Recht, wenn er fragt: „Wer vermag aus den gesammten bisherigen Schädelmessungen auch nur ein einziges nach jeder Richtung hin unerschütterlich feststehendes praktisches Resultat aufzuweisen?" Aber wie geht die Geschichte weiter? Bis jetzt ist nichts geleistet: ein grosser Aufwand schmählich ward verthan. Es ist mit den gegebenen Hülfsmitteln zur Zeit auch gar nicht möglich, etwas Brauchbares zu leisten. Das Ziel liegt in weiter Ferne, ob es erreicht wird und ob, wenn es erreicht ist, die praktischen Folgerungen, die dem Menschen doch eigentlich am Herzen liegen, gezogen werden können — das wissen die Götter. Vorläufig bleibt uns nichts übrig, als zu messen, zu messen, zu messen und keinen Lohn zu erwarten. Der Kraniometer muss also ein im höchsten Grade entsagender Mensch sein, er erinnert lebhaft an die Gladiatoren und ihr „morituri te salutamus".

Die Kraniometrie ist also trostlos, weil sie dem Menschen eine Aufgabe stellt, die er nicht lösen kann. Sie will die Form des Schädels exakt, d. h. geometrisch erforschen. Sie sieht die Unmöglichkeit der Sache ein, häuft aber Messungen auf Messungen, um dem Ziele doch ein bischen näher zu kommen. Mache das mit, wer will!

Fragt man, warum Gall's Schädellehre so ganz unbrauchbar gewesen sei, so erhält man verschiedene Antworten. Zunächst interessirt uns die Behauptung, dass der Schädel gar nicht ein Bild der Gehirnform sei. Gall hatte gelehrt, das Gehirn forme den Schädel und dessen individuelle Verschiedenheiten hängen von Verschiedenheiten des Gehirns ab, so weit der Schädel Gehirnkapsel ist. Die meisten Anatomen waren im Anfange des Jahrhunderts der gleichen Ansicht, sie sahen im Gehirne den Herrn, im Knochen den Knecht. Das sollte aber nicht so bleiben, es folgte eine Art von Sklavenaufstand, der Knochen wurde emancipirt und durfte nun dem Gehirne Vorschriften machen. Der Hauptvertreter der Knochenselbständigkeit ist bekanntlich R. Virchow. Er bezeichnet das „Nahtwachsthum" als wesentlich und arbeitete die Synostosenlehre aus, nach der „die Entwickelung des Schädels jedesmal bei Synostose einer Naht in der Richtung zurückbleibt, welche senkrecht auf die synostotische Naht liegt". Immerhin drückte Virchow selbst sich sehr vorsichtig aus. Er sagt z. B.[1]: „Wenden wir uns ... zur Betrachtung des Verhältnisses zwischen Schädel- und Gehirnentwickelung, so kann es schon auf den ersten Blick nicht zweifelhaft sein, dass es sich hier um ein Wechselverhältniss handelt und dass nicht etwa einseitig das Gehirn das Knochenwachsthum bestimmt oder umgekehrt. Der Einfluss, den beide Theile auf einander ausüben, muss offenbar ein doppelter sein, ein mechanischer und ein organischer, wobei wir jedoch nicht verkennen können, dass der letztere hauptsächlich dem Ge-

[1]) Untersuchungen über die Entwickelung des Schädelgrundes. Berlin 1857. p. 95.

Virchow äussert sich auch über die Mikrocephalie sehr vorsichtig, es könne sich in manchen Fällen von Mikrocephalie um vorzeitige Verknöcherung handeln. Andere Freunde der Knochenherrschaft verfuhren viel unbedenklicher. Hyrtl z. B. sagt (Lehrb. d. Anat. d. Menschen. 12. Aufl. p. 259. 1873): „Frühzeitiges Verwachsen der Nähte, bevor das Gehirn seine vollkommene Ausbildung erlangte, bedingt Mikrocephalie, als treuen Gefährten des angeborenen Blödsinns". Abgesehen davon, dass die seltene Mikrocephalie kein treuer Gefährte des häufigen angeborenen Blödsinnes ist, erregt eine solche Behauptung eines angesehenen Anatomen ein bedenkliches Kopfschütteln. Man muss annehmen, dass Hyrtl niemals einen Mikrocephalen-Schädel gesehen habe. Einige sind nämlich dadurch ausgezeichnet, dass die Nähte abnorm weit offen stehen, bez. die Fontanellen lange erhalten werden. Ich kenne keinen jugendlichen Mikrocephalen-Schädel, dessen Nähte verwachsen wären. Der gleichen Ansicht ist auch Rieger. Nach ihm haben die Mikrocephalen in der Regel völlig normale Nahtverhältnisse und kommt einmal etwas Abnormes dabei vor, so ist es als eine unwesentliche Complikation aufzufassen. Vgl. auch die Angaben Marchand's u. A.

hirne zukommt, während der erstere beiden Theilen in hohem Maasse zuzuschreiben ist". Aber V.'s Neigung gehörte dem Knochen, denn es heisst weiter (p. 113): „Ist das Gehirn oder sind die Knochen das Entscheidende? Wir sind fern davon, die Antwort in einem einseitigen Sinne geben zu wollen, aber wir glauben doch auch gegenüber der Neigung, alle Wirkung dem Gehirne und den Nerven zuzuschreiben, die grosse Bedeutung der Knochen hervorheben zu müssen". (Als Beweis folgt ein Fall von cerebraler Kinderlähmung!) Dass die demokratische Tendenz den Unterschied zwischen dem herrschenden und dem dienenden Gewebe gar nicht berücksichtigt, zeigt der gegen L. Fick gerichtete Vorwurf Virchow's, dass bei ausschliesslicher Berücksichtigung des Gehirnwachsthums nur die unerklärten morphologischen Gestaltungstendenzen einfach von den Knochen weg auf andere Gebilde geschoben würden. Als ob es sich um zwei gleich berechtigte Gewebe handelte! Ich habe mich nun ganz vergeblich bemüht, irgend einen Beweis dafür zu entdecken, dass, abgesehen von Caries und ähnlichen Krankheiten, primäre Synostosen vorkommen, dass die sogenannte Compensation sekundär sei. Immer heisst es nur, es könnte ja so sein. Ja, man erfährt auch gar nicht, warum es einer Naht einfallen soll, zu verknöchern. Dass bei gewissen Constitutionkrankheiten ein allgemeiner Trieb zur Verknöcherung vorkomme, das lässt sich denken, dass aber irgend eine einzelne Naht ohne greifbare Ursache, sozusagen aus purem Eigensinne, sich schliesse, das will nicht einleuchten. Es ist wohl kein Zweifel mehr, dass gegenüber den Darlegungen Gudden's, Fick's u. A. die ganze Synostosenlehre unhaltbar sei. Ueberdem verwirft Virchow selbst die Ableitung der Unterschiede der Rassenschädel durch bestimmte Synostosen, bezieht sich fast ausschliesslich auf krankhafte Zustände. Dass in der Pathologie allerhand vorkommt, das kann doch in der Physiologie nichts helfen, das Interesse aber gehört dem physiologischen Schädelwachsthume.

Hat Gudden gezeigt, dass bei jungen Thieren Druck und Zug die Knochen „fast wie Wachs modeln", so ist damit noch nicht entschieden, dass das wachsende Gehirn im Wesentlichen allein aktiv sei. Auch die Muskeln können ziehen und drücken und es fanden sich Vertheidiger der Lehre von der Schädelbildung durch Muskelwirkung. In geradezu krasser Weise hat J. Engel den Muskelanwalt gemacht. Nach ihm schmiegt sich bei der definitiven Gestaltung der Gehirnkapsel das Gehirn in die durch die Muskulatur bedingte Form hinein! Jedoch hat L. Fick [1]), dessen Ausführungen man fast überall von Herzen beistimmen kann, diese Bestrebungen endgültig zurückgewiesen.

[1]) Ueber die Ursachen der Knochenformen. Göttingen 1857. Neue Untersuchungen über die Ursachen der Knochenformen. Marburg 1859.

Merkwürdiger Weise ist Rieger auf die Muskelwirkung zurückgekommen und hat in gewissem Sinne versucht, Engel zu vertheidigen. Dass für die Form des Gesichtschädels die Muskeln nicht bedeutungslos sind, das kann man ruhig zugeben. Dass die Form des Thierschädels sogar beträchtlich durch die Muskulatur bedingt ist, das liegt auf der Hand. In dieser Hinsicht ist die Schweine-Kraniologie brauchbar, jedoch Nathusius selbst betont, dass die Gehirnkapsel bei allen Variationen ganz unverändert bleibe. Es kommt aber für uns und auch für Rieger eigentlich nur auf die Gehirnkapsel an. Niemand und auch Rieger nicht wagt zu behaupten, dass der Gehirnschädel des Menschen von Muskeln zurecht gedrückt oder gezogen werde. Wozu also der Eifer? Rieger gesteht zu, dass eigentlich nur die Kau- und die Nackenmuskeln in Betracht kommen. Aber auch ihre Bedeutung kann man nur behaupten, so lange man im Bereiche allgemeiner Erörterungen bleibt, wie es Rieger thut. Sieht man sich die aufgesägten Schädel an, so bemerkt man niemals, dass an der Stelle, wo sich der Temporalis ansetzt, die den Gehirnraum begrenzende Linie abgebogen werde, eine Ausbuchtung nach innen oder aussen vorkomme. Untersucht man die Köpfe, so findet man eben so wohl starke Wölbung der Schläfengegend bei schwachen Kaumuskeln und schwache bei starken, ein flaches Hinterhaupt bei starken Nackenmuskeln und ein stark gewölbtes bei schwachen, als das Umgekehrte. Gegen Fick's siegreiche Beweisführung ist Rieger's letztes Argument das folgende. Er sagt: „Woher kämen denn aber alle faktischen Verschiedenheiten der Kopfformen? Muskelwirkungen will Fick nicht anerkennen". So bleibt nur das Hirnwachsthum, das Fick „in der That auch ausschliesslich im Auge hat". „Dies führte entweder auf geradezu phrenologische Consequenzen, zu einem beliebigen Auswachsen von Hirnoberflächenorganen oder würde dem Hirnwachsthume überhaupt ganz unbegreifliche Launen zumuthen." „Ein in dieser Weise sich wunderbarlichst auswachsendes Hirn könnte höchstens den Beifall eines Phrenologen finden." Man bedenke also: weil eine Auffassung zu den Ansichten Gall's führen könnte, deshalb ist sie falsch. Ich denke, eine solche Beweisführung richtet sich selbst.

Da die Knochen den aktiven Geweben gegenüber vollkommen nachgiebig sind, da für den menschlichen Gehirnschädel die Muskeln nicht in Betracht kommen, so bleibt als aktiv nur das Gehirn übrig. Die Form des Schädels hängt ab vom Gehirnwachsthume und seine Verschiedenheiten hängen ab von den Verschiedenheiten des Gehirns. Nur eins ist zu bedenken, auf das Gall nicht gekommen ist. Es könnte nämlich der Schädel im Gange der Vererbung eine gewisse Selbständigkeit erlangen. Nicht nur die Form der Nase und der Ohren, sondern auch Gestaltungen der Knochen

werden vererbt, z. B. die gewisser Vorsprünge. Dass die Form des Schädels selbst vererbt wird, kann gar nicht bezweifelt werden, nur Der, dessen Augen durch Theorieen ganz verblendet sind, kann die Aehnlichkeit der Kopfformen in den Familien, die Wiederkehr eigenthümlicher Bildungen übersehen. Die gleichartige Vererbung überhaupt ist nur deshalb möglich, weil das Kind nicht im mathematischen Sinne das Mittel aus den Eltern ist, weil fast immer, sei es im Ganzen, sei es in bestimmten Theilen, der Einfluss des einen Erzeugers überwiegt. Man erbt die geistige oder Gehirn-Beschaffenheit und die Knochenform von den Eltern. Die Frage wäre, geht bei der Vererbung der Schädel immer mit dem Gehirn oder kann man bestimmte Gehirntheile von der Mutter erben, während die entsprechende Schädelform vom Vater ist? Denkbar ist das letztere, wenn schon auch dabei eine Anpassung der Theile an einander dazu kommen müsste. Es wird schwer sein, über diese Dinge in's Klare zu kommen, aber unmöglich ist es nicht. Nur gehört zur Lösung dieser und anderer Fragen, dass die Schädelprüfung nicht nur von solchen Anatomen, die den lebenden Menschen gar nicht kennen, ausgeführt werde.

Nur anhangsweise will ich den oft gegen Gall vorgebrachten Einwurf erwähnen, dass die äussere Schädelwölbung der inneren nicht parallel sei. Er ist eigentlich nur gemacht worden, um den Leuten Sand in die Augen zu streuen. Wer Etwas von der Sache versteht, der weiss, dass, abgesehen von ein paar Stellen, die äussere und die innere Schädeloberfläche im Wesentlichen parallel sind, dass die Abweichungen höchstens einige Millimeter betragen, somit für die gegebenen Aufgaben nicht in Betracht kommen. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Köpfen sind centimetergross, ja der eine Kopf kann an einer bestimmten Stelle um mehrere Centimeter stärker gewölbt sein als der andere, was machen da 1, 2, 3 mm aus? Von einer mathematischen Genauigkeit kann überhaupt keine Rede sein, beim Schädel nicht und beim Kopfe des Lebenden erst recht nicht. Dass Gall die Stirnhöhlen nicht berücksichtigt habe, das kann nur die Unwissenheit behaupten. An sie denkt jeder Anfänger und sie sind so leicht zu erkennen, dass man wirklich nicht weiter darüber zu reden braucht.

Das Gesagte gilt natürlich nur vom annähernd normalen Schädel oder Kopfe. Pathologische Formen (Mikro-, Makrocephalie, Cretinismus, höhere Grade der Rhachitis, Akromegalie, Leontiasis ossea, Schiefheit durch Porencephalie u. s. w.) sind ebenso auszuscheiden wie künstliche Verbildungen. Das versteht sich doch ganz von selbst. Wenn Jemand von den natürlichen Formen der Nase reden will, wird er doch nicht das Rhinosklerom, die Säufernase und ähnliche Gebilde in Betracht ziehen.

Nach alledem glaube ich, dass man weder aus anatomischen, noch aus physiologischen, noch aus psychologischen, noch aus kraniologischen Gründen berechtigt ist, Gall's Lehre von vornherein abzuweisen. Es ist möglich, dass bestimmte Bezirke der Gehirnoberfläche bestimmten Trieben (Fähigkeiten, Anlagen) entsprechen, dass je nach der Entwickelung einzelner Triebe die Gehirnoberfläche verschieden gestaltet sei, und dass diese Verschiedenheit sich durch Verschiedenheit der Schädelwölbung kundgebe. Ob dieser Möglichkeit eine Wirklichkeit entspreche, das steht freilich noch dahin. Es fragt sich, welche Wege der Prüfung gangbar seien. Dass die Anatomie allein nicht mehr als Möglichkeit geben kann, das liegt auf der Hand. Der Thierversuch wird aus psychologischen und auch aus anderweiten Gründen kaum zu verwerthen sein; etwaige Ergebnisse wären mit der allerhöchsten Vorsicht aufzunehmen. Die Pathologie kann vielleicht etwas zur Aufklärung beitragen, sie ist indessen auf den Zufall angewiesen und brauchbare Fälle werden, wie ich schon gesagt habe, äusserst selten sein. Es bleiben also die Wege übrig, die Gall in seiner „Oberflächlichkeit" gegangen ist: Vergleichung des Gehirns, des Schädels, des Kopfes mit dem geistigen Zustande, d. h. der Nachweis, dass bestimmten geistigen Fähigkeiten immer bestimmte Eigenthümlichkeiten des Gehirns und seiner Hüllen entsprechen. Gall suchte diesen Nachweis mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln zu liefern, wie ich es früher dargelegt habe. Er erwarb sich eine ausserordentliche Kenntniss von Persönlichkeiten, er untersuchte die Köpfe und die Schädel, auch das Gehirn, so viel er eben konnte. Er erstreckte seine Untersuchungen auch auf die Thiere und verband mit einer ganz ungewöhnlichen Kenntniss des Thierlebens die der vergleichenden Anatomie. Er sammelte pathologische Thatsachen, wo er sie finden konnte. Bedenkt man den Zustand der Wissenschaft zu seiner Zeit, die Beschränktheit der Mittel eines Privatmannes und die Kürze des menschlichen Lebens, so steht man staunend vor Gall's Leistungen still. Sollte sich auch ein grosser Theil seiner Angaben als irrig erweisen, so würde doch noch so viel übrig bleiben, dass damit eine ganze Reihe von Gelehrten sich „Unsterblichkeit" erwerben könnte.

Man nennt Gall's Verfahren rohe Empirie. Was das Schimpfwort roh bezeichnen soll, das ist nicht recht einzusehen. Weitaus unsere meisten Kenntnisse beruhen auf Empirie, d. h. darauf, dass auf die Erfahrung von der regelmässigen Verknüpfung bestimmter Veränderungen in der Zeit oder im Raume der Schluss folgt, die zusammen vorkommenden Veränderungen seien gesetzmässig verknüpft. Unzulässig ist eine Empirie, wenn sie gegen feststehende Einsichten verstösst, oder leichtsinnig verfährt, d. h. ihre Schlüsse nach ungenügender Erfahrung zieht. Je rationeller ein empirischer Schluss ist, je mehr er Unterstützung durch schon gesicherte Schlüsse findet, und je grösser die Zahl der Fälle ist, auf die er sich gründet, um so grösser ist seine Wahrscheinlichkeit. Der empi-

rischen kann man die experimentelle Wahrscheinlichkeit gegenüberstellen, die natürlich vorzuziehen ist, da sie durch beliebige Variation der Bedingungen gesteigert werden kann. Man täusche sich aber nicht darüber, dass das Gebiet des Versuches beschränkt ist, und dass gerade in der Anthropologie die Empirie die Hauptquelle unserer Kenntnisse ist und bleibt. Es ist besonders bei Aerzten eine Gedankenlosigkeit, wenn sie empirisch und wissenschaftlich als Gegensätze brauchen. Wissenschaft hängt zusammen mit Gewissen und die erste Forderung an ein Verfahren, das wissenschaftlich heissen soll, ist, dass es gewissenhaft sei. Eine gewissenhafte Empirie ist in den Gebieten, die dem Versuche verschlossen sind, das einzige wissenschaftliche Verfahren. Das sollte man nicht vergessen und man sollte einsehen, dass die Bezeichnung empirisch Gall's Lehre ehrt, indem sie sie in Gegensatz zu den Hirngespinnsten bringt. Gall selbst wollte nie etwas anderes sein als ein Empiriker, er suchte darin seinen Stolz, und das mit Recht. Will man in Zukunft gerecht gegen ihn sein, so wird man ihn nicht mit allgemeinen Redensarten zu bekämpfen haben, wie es bisher geschehen ist, sondern man wird die Thatsachen, auf die er sich beruft, nachzuprüfen haben. Wer, ohne dies gethan zu haben, den Autor verurtheilt, der ist nicht gewissenhaft, d. h. nicht wissenschaftlich.

Anhangsweise möchte ich darauf hinweisen, dass es gelingen möchte, auf Gall's Wegen Näheres über die Bedingungen des Genies zu erfahren. Zunächst denkt man ja, dass der direkte Weg die Untersuchung des Gehirns grosser Männer sein müsse. Diese Untersuchung ist gewiss sehr wichtig, aber sie ist sehr selten möglich, sie ist schwierig und man scheint bei ihr ohne Wegweiser nicht zum Ziele zu kommen. Die bisherigen Untersuchungen ganzer Gehirne (Rud. Wagner, Société d'autopsie de Paris, Bischoff, Dwight, G. Retzius, Hansemann) haben eigentlich nichts Bestimmtes ergeben; die Untersucher wussten nicht, worauf sie zu achten hatten, und mussten sich damit begnügen, eine möglichst genaue Schilderung der Windungen und Furchen zu geben, eine Aufgabe, die G. Retzius bei Gyldén in staunenerregender Weise gelöst hat. Anders liegt die Sache bei Rüdinger's schönen Untersuchungen über die 3. Stirnwindung. Hier hatte die Pathologie den Weg gewiesen und der Anatom verfuhr so, dass er die Beschaffenheit des fraglichen Gehirntheiles bei den verschiedensten Gehirnen (von Foeten, Neugeborenen, Männern, Weibern, Afrikanern, Juden, Deutschen, Mikrocephalen, Taubstummen, berühmten Männern) untersuchte und aus der Vergleichung Schlüsse zog. Rüdinger verfuhr thatsächlich ganz in Gall's Sinne und seine Ergebnisse entsprechen denn auch vollständig dem Geiste der Lehre Gall's. Die Missachtung Gall's ist den Gelehrten so in Fleisch und Blut übergegangen, dass bei den Gehirnuntersuchungen der Schädel gar nicht erwähnt zu werden pflegt, wie denn Rud. Wagner, Retzius u. A. kein Wort über den Schädel verlieren. Auch hier macht Rüdinger eine Ausnahme, da er wiederholt darauf hinweist, wie genau die Wölbung des Schädels die Hyperplasie bestimmter Gyri wiedergegeben habe. Da, wo der vermuthliche Schädel grosser Männer untersucht wird, pflegt das Gehirn zu fehlen, so bei Kant (Kupffer), Schiller (Welcker)[1], Bach (His). Gehirn und Schädel gehören zusammen. Der Schädelausguss kann doch nur ein dürftiger Ersatz sein. Ueberdem ändert sich durch Krankheit und Alter die innere Schädelwölbung mehr als die äussere. Wie die Gipsmaske das Gesicht überdauert, so zeigt der Gehirnabguss, den wir Schädel nennen, die äussere Form des Gehirns noch, wenn Alter, Krankheit, Verwesung diese verändert oder aufgehoben haben. Sind wirklich Vorwölbungen der Gehirnoberfläche von Bedeutung, so müssen sie in erster Linie am Schädel aufgesucht werden, denn auch dann, wenn die Wirkungen des Altersschwundes u. s. w. noch nicht beträchtlich sind, verliert das herausgenommene, nicht gehärtete Gehirn seine Form. Die Untersuchung des Gehirns wird Feinheiten und Unterschiede ergeben, ihr dient die Untersuchung des Kopfes als Vorläufer und Vorposten. Der für die Gehirnuntersuchung nöthige Wegweiser kann nur durch Untersuchung der Köpfe gefunden werden. Hat man ein einzelnes Gehirn oder einen einzelnen Schädel vor sich, so ist die Aufgabe unendlich schwer. Ueberdem pflegen grosse Männer nach verschiedenen Richtungen hin begabt zu sein, z. B. hatte Gauss nicht nur das mathematische, sondern auch das philologische Talent, Gyldén war nicht nur Astronom, sondern auch sehr musikalisch, Kant war Physiker und Metaphysiker u. s. f. Nur durch Vergleichung Vieler, die sich in einer bestimmten Art auszeichnen, kann das ihnen gemeinsame Merkmal (wenn es eins giebt) gefunden werden. Dass Einer viele Musiker-Gehirne zusammenbekomme, das ist nicht gerade wahrscheinlich, aber Musiker-Köpfe kann er in beliebiger Zahl untersuchen, da ihm die Lebenden, Abgüsse und Bilder zur Verfügung stehen. Freilich ist auch hier das Material eben deshalb noch ungenügend, weil man keine rechte Einsicht in den Werth der äusseren Form hat. Insbesondere ist es leider allzuoft versäumt worden, die Köpfe hervorragender Männer abzugiessen, ein Mangel, für den auch die besten Bilder nicht volle Entschädigung gewähren können.

---

[1]) Welcker billigt, nebenbei gesagt, Gall's Grundsätze. Er hofft durch gewissenhafte Gehirnuntersuchungen „die Lokalisirung der einzelnen Arten der geistigen Begabung" zu erkennen; Gall habe nur zu ungeduldig auf unsichere Beobachtungen gebaut.

C. Bücheranzeigen.

20. **Die Symptomatologie der Kleinhirn-Erkrankungen**; von Dr. Arthur Adler in Breslau. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. Gr. 8. 70 S. (2 Mk.)

Die Schrift A.'s enthält eine Uebersicht über die Ergebnisse der Thierversuche und über die klinischen Beobachtungen am Kleinhirn. Man sieht dabei, wie ausserordentlich wenig wir über die Bedeutung dieses Organes wissen.

A.'s „Schlussbemerkungen" sind in der Hauptsache folgende. Die Aufgabe des Kleinhirns ist vorzüglich die, „das Körpergleichgewicht aufrecht zu halten und die Stärke und Präcision der Bewegungen zu heben". Jede Kleinhirnhemisphäre steht mit der gleichseitigen Körperhälfte in Verbindung. Ist sie erkrankt, so stellt „die Neigung zum Fall auf die gesunde Seite ein Ausfalls-, diejenige zum Fall auf die kranke aber ein Reizungssymptom dar". Der Wurm wirkt besonders auf die Rumpf-Strecker und -Beuger, verhindert das Vor- oder Rückwärtsfallen. Manège- und Spiral-Bewegungen entstehen durch abnorme Innervation der Rumpfdreher, im gleichen die Seitenzwangslage und Zwangsdrehungen. Zwangsbewegungen nach der gesunden Seite sind Ausfalls-, solche nach der kranken sind Reiz-Symptom. Die Bahnen zu den Rumpfdrehern laufen in den mittleren Kleinhirnschenkeln. Jede Kleinhirnhälfte steht auch mit den gleichseitigen Kopf- und Augendrehern in Verbindung, daher conjugirte Ablenkung der Augen und des Kopfes nach der gesunden Seite bei einseitiger Kleinhirnerkrankung.

Vom Rückenmarke hängt der Reflextonus ab, das Grosshirn mindert ihn. Zwischen beiden muss vermittelt werden. Das Kleinhirn aber scheint „dasjenige Organ zu sein, welches vermöge seiner Verbindungen mit Rückenmark und Grosshirn vor allem befähigt ist, dieses Ausgleichs- und Vermittleramt zu übernehmen". Daher treten bei Kleinhirnerkrankung Störungen der Bewegung ein, die auf abnormer Spannung der Muskeln beruhen.

Möbius.

21. **Therapie der anomalen Vita sexualis bei Männern,** *mit specieller Berücksichtigung der Suggestivbehandlung;* von A. Fuchs. Stuttgart 1899. F. Enke. 8. 135 S. (3 Mk.)

Der Vf., ein Schüler und Verehrer Krafft-Ebing's, hat eine Anzahl von Nervenkranken mit Störungen des Geschlechtslebens in dem Sanatorium Purkersdorf bei Wien behandelt und berichtet über seine recht günstigen Erfolge. Er sucht zunächst durch Diät, Medikamente, Wasserbehandlung, Vorschriften über das Verhalten den Zustand der Patienten zu verbessern, erst nach 1—2 Wochen beginnt er mit der hypnotischen Behandlung und diese führt er dann ausdauernd durch, wenn auch nur ein geringer Grad des hypnotischen Zustandes erreicht werden kann. Er meint, dass die Bedingungen einer erfolgreichen Behandlung eigentlich nur in der Anstalt gegeben seien. Es ist ihm gelungen, von 30 Patienten 13 zu „heilen", 13 zu bessern, nur 4 blieben ungeheilt. Mit der Heilung ist es freilich so eine Sache; sogar Krafft-Ebing sagt in dem Vorworte, das er zu F.'s Schrift geschrieben hat, dass er an eine Heilung angeborener Störungen nicht glaube.

Anzuerkennen ist, dass der Vf. von seinen Kranken die Enthaltung von geistigen Getränken fordert. Das ist gewiss eine sehr wichtige Sache.

Möbius.

22. **Sexualleben und Nervenleiden**; von Dr. L. Löwenfeld. 2. völlig umgearb. u. sehr vermehrte Ausgabe. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. Gr. 8. VII u. 262 S. (5 Mk.)

Unter der Menge der in den letzten Jahren erschienenen Bücher über die Beziehungen zwischen den Nervenkrankheiten und dem Geschlechtsleben zeichnet sich das Buch L.'s durch Besonnenheit und verständige Auffassung aus. Das von dem Vf. bearbeitete Gebiet ist von jeher ein Tummelplatz für vorschnelle ärztliche Urtheile, für Suggestionen und Lügen jeder Art gewesen. Es ist daher das Lob der Besonnenheit nicht gering zu achten. Der Vf. bespricht zuerst die natürlichen Verhältnisse, dann die bei der Pubertät, der Menstruation, dem Klimakterium vorkommenden Störungen, dann die Bedeutung der Abstinenz, der Ausschweifungen, der Onanie, den Präventivverkehr, ferner die von Erkrankungen der Geschlechtsorgane abhängenden Nervenstörungen, die Beziehungen zwischen Angst und Sexualität. Den Schluss macht natürlich die Therapie. Ausgeschlossen sind die Beziehungen zum gleichen Geschlechte und die verwandten Abweichungen.

Der *Ref.* beschränkt sich auf einzelne Bemerkungen. Der Einfluss der Suggestion, für den die früheren Autoren ganz blind waren, wird vom Vf. zwar erkannt, aber doch zu gering geschätzt. Z. B. in folgendem Falle. Die Thatsache ist: Der Abgang einiger Tropfen Sperma beim Stuhlgange kann *sofort* allgemeine Mattigkeit bewirken. L. tadelt Donner, der den Eiweissverlust als Ursache angesehen hatte, und bezeichnet als Ursache der Mattigkeit die Erschütterung des Lendenmarkes. In Wahrheit dürfte der Schreck die Mattigkeit bewirken. Wahrscheinlich wird das Sperma durch den Druck des Darminhaltes aus den Samenwegen mechanisch entfernt und „das

Lendenmark“ bleibt in Ruhe. Ueberhaupt sind die Behauptungen über die Vorgänge im Lendenmarke etwas bedenklich, wir können doch nicht hinein sehen und die physiologischen Schemata, die Krafft-Ebing u. A. lieben, täuschen uns nur über unsere Unwissenheit. Nüchtern und im Allgemeinen zutreffend sind L.'s Erörterungen über den sogen. Präventivverkehr. Gerade hier haben die Medicinmänner, indem sie als Moralprediger auftraten und à la Tissot von den fürchterlichen Folgen des Coitus interruptus u. s. w. predigten, sich blossgestellt. Recht gut sind die Ausführungen gegen Freud's Behauptungen. Mit Recht sagt L., dass es keine Neurose oder Psychose gebe, deren zureichende Ursache das Klimakterium ist; er sollte aber auch die Behauptungen, dass es Psychosen durch Pubertät, durch Menstruation, durch Onanie gebe, streng ablehnen. Immer sind die genannten Umstände nur Gelegenheitursachen. Die Bezeichnung Menstruation-Psychose u. s. w. ist unsinnig. Besondere Anerkennung verdient es, dass L. nicht, wie manche seiner Collegen, den Patienten den Verkehr mit puellis publicis empfiehlt. Bei der Behandlung ist L. etwas „positiv“, besonders steht bei ihm die Elektrotherapie in hohen Ehren. Es würde zu weit führen, den alten Streit zu erneuern. Auf jeden Fall ist die elektrische Behandlung besser und harmloser als die Lokaltherapie der Harnröhrenärzte, von der auch L. nicht viel wissen will.

Der schöne Druck Bergmann's erfreut Einen immer wieder. Möbius.

23. **Die Schönheit des weiblichen Körpers**; von Dr. C. H. Stratz. 3. Aufl. Stuttgart 1899. F. Enke. Gr. 8. XII u. 236 S. mit 96 Abbild. u. 4 Tafeln. (8 Mk.)

„Um lebende weibliche Schönheit objektiv zu beurtheilen, muss man auf negativem Wege vorgehen: Die Fehler ausmerzen. Dann findet man, dass Schönheit höchste Gesundheit ist.“ Die Fehler sind zumeist unrichtige Proportionen, mangelhafte Entwickelung durch schlechte Ernährung und unrichtige Lebensweise, schlechte Ausprägung des Geschlechtscharakters, Altwerden, Krankheiten, Verkümmerung durch die Kleidung. Am wichtigsten sind die Krankheiten, und unter diesen Rhachitis und Tuberkulose. Sie bewirken mit den anderen Fehlerquellen, dass schöne Körper äusserst selten sind.

Die Darstellung des Vfs. ist sehr anregend. Sein Grundsatz, dass Schönheit und Gesundheit in der Hauptsache dasselbe sind, ist gewiss richtig. Damit wird der Arzt zum Richter. Auch der Künstler braucht das Urtheil des Arztes und dieser braucht sich vom Künstler nicht imponiren zu lassen. Ein gutes Beispiel ist *Botticelli's* Venus, in der uns der Vf. eine Schwindsüchtige zeigt (ein Urtheil, das wohl schon vorher mancher Sachverständige gefällt haben wird), deren Verherrlichung somit ein Zeichen schlechten Geschmackes ist.

Man möchte nur wünschen, dass auch der männliche Körper im Sinne des Vfs. besprochen würde, da er doch mindestens eben so schön ist, wie der weibliche und seine Schönheit leichter zugänglich ist. Möbius.

24. **Einundzwanzig Jahre in Indien.** *I. Theil: Borneo;* von Dr. H. Breitenstein. Leipzig 1899. L. Fernau. Gr. 8. VIII u. 264 S. (5 Mk. 60 Pf.)

Der Vf., ein holländischer Militärarzt, berichtet über seine Erfahrungen in Indien. Im Gegensatze zu den Angaben mancher Reisenden beruhen seine Angaben auf langjähriger Beobachtung und sind deshalb besonders werthvoll. Formell allerdings erregt das Buch manche Bedenken, die Sprache ist ungelenk und die Sachen sind wie Kraut und Rüben durcheinander gemengt. Aber sachlich ist es gut. In medicinischer Hinsicht ist die wichtigste Lehre die, dass der schlimmste Feind der Europäer in fremden Ländern nicht das Klima, sondern ihre Unmässigkeit ist. Die Hauptsache ist, sich nicht zu betrinken, sich nicht zu überfressen und der Syphilis aus dem Wege zu gehen. Probatum est. Möbius.

25. **Handbuch der Gynäkologie**; herausgegeben von J. Veit in Leyden. III. Band, 2. Hälfte, 1. Abtheilung. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. Gr. 8. V u. 596 S. mit 88 Abbildungen. (16 Mk.)

Die Fülle des Stoffes hat die Veranlassung gegeben, den III. Band des neuen Handbuchs der Gynäkologie in 3 Abtheilungen zu theilen, von denen jede für sich den Umfang eines Bandes hat. Der vorliegende 2. Theil des III. Bandes wird eingeleitet durch die von A. v. Rosthorn bearbeiteten *Krankheiten des Beckenbindegewebes*, eine Arbeit, die nach den vorläufigen Mittheilungen und der Vorlage der ausgezeichneten anatomischen Präparate auf dem VII. Gynäkologencongresse zu Leipzig mit Spannung erwartet wurde. Sie beginnt mit der *Anatomie* des Beckenbindegewebes. Bei der Bedeutung dieser für die Erkenntniss der Weiterverbreitung entzündlicher Processe und von Neubildungen bedurfte es eines grundlegenden Studium. Zu diesem Zwecke bediente sich v. R. nicht nur der Injektionmethode, deren Ergebnisse für die Beurtheilung pathologischer Processe nicht unbedingt maassgebend sind, sondern auch der Schnittmethode. Letztere wurde auf diesem Gebiete zuerst von W. A. Freund angewendet, dessen bedeutende Arbeit über die Pathologie des Beckenbindegewebes auch v. R. als Vorbild diente und von ihm auf Schritt und Tritt citirt wird. Durch mancherlei Verbesserung der Methode (Formalinhärtung u. s. w.) gewann v. R. äusserst schöne, auf zahlreichen Tafeln wiedergegebene Präparate von Beckendurchschnitten von Früchten der letzten

Monate, von Neugeborenen und Erwachsenen, durch die sich die Differenzirung des anfangs noch homogenen Bindegewebes des Beckens nachweisen liess. Es würde hier viel zu weit führen, auf Einzelheiten des anatomischen Theils der v. R.'schen Arbeit einzugehen; nur das sei erwähnt, dass es nach v. R. im Wesentlichen 3 subseröse Räume giebt, einen paravesikalen, der in Verbindung mit dem subserösen Bindegewebe der vorderen Bauchwand steht, einen parauterinen und einen pararectalen Raum. Sie sind getrennt durch 2 dünne Scheidewände, die von der Fascia pelvis zur Serosa aufsteigen.

Im 2. Theile der Arbeit behandelt v. R. die *Verletzungen* des Beckenbindegewebes, die in der Regel zu Hämatomen führen. Die Differentialdiagnose zwischen Hämatom und Hämatocele, bez. Parametritis wird ausführlich besprochen, ebenso die Behandlung, die, in der Regel exspektativ, bei bedrohlichen Symptomen zu operativen Eingriffen nöthigen kann.

Die *Entzündungen* des Beckenbindegewebes füllen den 3. Abschnitt aus, dessen Einleitung eine historische Darlegung der Anschauungen über diese Erkrankungen bildet. Die Entzündungen theilt v. R. in die akute septische Phlegmone (a. akute septische Phlegmone mit progredientem Charakter, raschem Uebergreifen auf die Serosa, b. akute septische Phlegmone mit Tendenz zur Lokalisation im Bindegewebe und Vereiterung) und in die chronische Entzündung des Beckenbindegewebes. Sehr gründlich ist wieder die Differentialdiagnose der Parametritis abgehandelt. (Unterscheidung von Pyosalpinx, peritonitischem Exsudat im Douglas'schen Raume, perityphlitischem Abscess, subserösen Abscessen in der Umgebung des Ileopsoas.) Die allgemeine und die lokale Behandlung, auch die operative sind ausführlich geschildert.

Die primären Missbildungen des Beckenbindegewebes und Bildungen aus den Resten embryonaler Organe werden im 4. Abschnitte besprochen, in erster Linie die desmoiden Geschwülste des Beckenbindegewebes, in zweiter die Dermoidcysten und die gewöhnlich unter der Bezeichnung „Cysten des Ligament. lat." zusammengefassten Gebilde.

Im 5. und 6. Abschnitt endlich schildert v. R. zwei seltenere Erkrankungen des Beckenbindegewebes, die Echinokokken und die Aktinomykosis.

Wenn W. A. Freund seine Besprechung der v. R.'schen Arbeit im Centr.-Bl. f. Gynäkologie mit den Worten schliesst: v. R. hat sich mit seinem Werke um die wissenschaftliche Gynäkologie wohlverdient gemacht, so kann man ihm unbedingt beistimmen.

Auf die Krankheiten des Beckenbindegewebes folgen die sehr ausführlichen Darlegungen über den heutigen Stand der Lehre vom *Carcinoma uteri.*

Die *Anatomie* ist von G. Winter bearbeitet. Er beginnt mit der Definition des Begriffes der bösartigen Neubildungen und der Eintheilung dieser Geschwülste. Den beiden Epithelarten, die in der Gebärmutter vorkommen, entsprechend gliedert er die Krebse in Plattenepithelkrebs und Cylinderzellenkrebs der Gebärmutter, im Uebrigen hält er an der lokalen Eintheilung Ruge's und Veit's in Carcinom der Portio vagin., Carcinoma cervic. und Carcinoma corp. fest. Die Verbreitungswege des Krebses und die Metastasenbildung werden ausführlich erörtert. In dem Capitel Myom und Carcinom am Uterus weist W. nach, dass die Verwandlung von Myomgewebe in Krebs, die den maassgebenden histologischen Anschauungen widersprechen würde, bisher nicht sicher festgestellt ist. Zum Schluss ist kurz der sekundäre Uteruskrebs berücksichtigt.

Das Wesentliche des klinischen Bildes der Erkrankung: *Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Radikalbehandlung der Uteruscarcinome* ist R. Frommel zur Bearbeitung zugefallen. Was die Aetiologie anlangt, so besteht zwar die hohe Wahrscheinlichkeit, dass gewisse irritative Zustände (besonders chronische katarrhalisch-entzündliche Processe der Schleimhaut) den Anstoss zur Krebsbildung geben können. Dennoch ist damit für die Entstehung des Krebses nichts bewiesen. Aus dem Capitel „Diagnose" sei hervorgehoben, dass Fr. betont, dass in allen irgendwie zweifelhaften Fällen die mikroskopische Untersuchung entscheiden muss. Da bei Körperkrebs Sondirung und Austastung keine sicheren Resultate ergeben, so pflegt Fr. in der Regel in verdächtigen Fällen auf diese Untersuchungmittel zu verzichten und stellt die Diagnose stets nur durch das Mikroskop. Die mikroskopische Diagnostik ist ausführlich erörtert mit besonderer Berücksichtigung der technischen Einzelheiten. Bei der Untersuchung der Ausbreitung der Carcinome legt Fr. grossen Werth auf die Untersuchung vom Mastdarme aus, unter Umständen erweitert er auch die Harnröhre, um die Beziehungen der Harnblase zum Krebs festzustellen. Was die Behandlung anlangt, so werden zunächst die partielle vaginale Operation besprochen, die Abtragung der Portio mit dem Ecraseur oder galvanokaustisch, die trichterförmige Excision der Cervix nach Hegar, die Schröder'sche supravaginale Amputation. Der letzten Methode erkennt F. noch ihre Berechtigung zu, meint aber, dass sich der Streit über die Berechtigung der Vornahme der partiellen Operationen auf eine äusserst beschränkte Anzahl von Fällen reducire. Bei der Kritik der abdominalen Operationmethoden stellt Fr. fest, dass keine andere Methode bei dem Gebärmutterkrebs eine derartige Uebersichtlichkeit des Operationfeldes gestatte wie die Freund'sche Operation, die in nächster Zeit in ausgedehntem Maasse für die sogen. „Grenzfälle" zu bevorzugen sein werde. Bei deutlicher Infiltration der Parametrien ist aber nach Fr.'s Ansicht auch von der Freund'schen Operation

in ausgedehntester Form nichts mehr zu erwarten.

Für die auf die Gebärmutter beschränkten Krebse bleibt nach wie vor die vaginale Methode die gegebene Operation. Die verschiedenen Modifikationen dieser Methode erfahren eine eingehende Würdigung, der Klemmmethode ist ein eigenes Capitel gewidmet. Fr. bedient sich in der Regel der Unterbindungen, hält aber unter Umständen ein gemischtes Verfahren (Unterbindungen und Klemmen) für vortheilhaft, weil es damit gelingt, grössere Theile verdächtiger Parametrien zu exstirpiren. Die sacrale Methode hat mehr historische Bedeutung, die perinäale hat sich für die Uterusexstirpation nicht in weitere Kreise eingeführt. Der letzte Theil der Fr.'schen Arbeit ist den Operationverfahren, der Kritik der einzelnen Methoden und den Rückfällen gewidmet. Der Ansicht Winter's von der Häufigkeit der Impfrückfälle schliesst sich Fr. nicht an. In dem Texte hat Fr. auch eine Mittheilung W. A. Freund's über den Versuch, das Uteruscarcinom durch künstliche Blutleere und dadurch herbeigeführte Nekrose des Uterus zu bekämpfen, aufgenommen.

A. Gessner in Erlangen schildert die *palliative Behandlung der inoperablen Carcinome,* die er bei dem trostlosen Zustande der Kranken unter richtiger Auswahl der Fälle für etwas recht Dankbares hält.

O. Sarwey in Tübingen hat den nächsten Abschnitt, *Carcinom und Schwangerschaft,* bearbeitet. Was die Häufigkeit dieser Complikation betrifft, so stellt S. fest, dass sie verhältnissmässig selten ist und vorzugsweise ältere Mehrgebärende betrifft. Stets hat der Krebs von irgend einem Theile des Halskanals seinen Ausgang genommen und ist in seinen Anfangsstadien in der Regel schon im Beginne der Schwangerschaft vorhanden. Die Diagnose kann sowohl bei beginnendem Krebs, als auch bei Schwangerschaft in den ersten 3 Monaten schwierig sein. Im ersteren Falle entscheidet die mikroskopische Untersuchung. Der Krebs führt häufig zu vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft, zu Placenta praevia und spontaner Uterusruptur. Der Geburtverlauf wird erschwert bis zur Gebärunmöglichkeit. Durch Schwangerschaft und Wochenbett werden das Wachsthum und die Ausbreitung der bösartigen Neubildung stark gesteigert. Bezüglich der Behandlung empfiehlt S. in der Schwangerschaft bei operablem Carcinom die sofortige Totalexstirpation des Uterus (im 5. und 6. Monate nach vorhergehender künstlicher Entleerung des Uterus, in den letzten beiden Monaten nach vorhergehendem vaginalen Kaiserschnitte), bei inoperablem Carcinom aber ein exspektatives Verhalten im Interesse der Frucht mit rein symptomatischem Verhalten bis zum normalen Ende der Schwangerschaft. Während der Geburt ist bei operablem Carcinom an die spontan erfolgte oder künstliche Entbindung die vaginale Totalexstirpation des frisch entbundenen Uterus sofort anzuschliessen; bei inoperablem Carcinom mit Gebärunmöglichkeit ist wenigstens die Frucht durch den Kaiserschnitt zu retten.

Den Schluss der 2. Abtheilung der 1. Hälfte des 3. Bandes (wie viel einfacher wäre die Eintheilung in 5 Bände von vornherein gewesen) bildet die Abhandlung J. Veit's über das *Deciduoma malignum.* Da gerade über diese erst seit 10 Jahren bekannte Krankheit die Anschauungen weit auseinandergehen, ist es selbstverständlich, dass V. mit der Darstellung seines Standpunktes sich im Widerspruche mit einer grossen Anzahl anderer Autoren befindet. Daraus erklärt sich auch das polemische Vorwort, das sonst eigentlich nicht in den Rahmen eines den gegenwärtigen Standpunkt der gynäkologischen Fachwissenschaft feststellenden Handbuches gehört. Nach Ansicht V.'s handelt es sich bei dem unter dem Namen Deciduoma malignum bekannten Krankheitbilde um eine Erkrankung, Fibrosarkom oder Endotheliom, des Uterus, die bereits *vor* dem Eintritte der Schwangerschaft bestanden hat. Unter dem Einflusse der Schwangerschaft verändert sich die ursprüngliche Geschwulst, einzelne Elemente erhalten einen syncytialen Charakter; unter dem Einflusse der Geschwulst kann die Schwangerschaft gestört werden, es kann zur Blasenmolenbildung kommen, aber das Kind kann auch ausgetragen werden. Bei der Geburt oder Fehlgeburt kann das ganze Ei ausgestossen werden, dann wächst die ursprüngliche Geschwulst mit verändertem syncytialem Charakter der Zellen oder Neigung zur Verjauchung mehr oder weniger schnell weiter und führt schliesslich zum Tode oder es bleiben ganze Zotten oder das Zottenepithel zurück und gelangen in die Venen des Uterus, sowie in die Lungenarterien. Die Geschwulst wuchert ebenfalls. Unter Blutung und Verjauchung geht die Patientin zu Grunde. Die fötalen Elemente bei der Erkrankung betrachtet V. also als rein accidentelle. Die Ansichten der anderen Autoren unterzieht V. einer eingehenden Kritik. Die Behandlung der Erkrankung besteht, so lange dies möglich, in der vaginalen Entfernung von Gebärmutter und Anhängen, sowie etwa zugänglicher Metastasen. Handelte es sich um eine verschleppte Chorionzotte, so ist auch dann eine definitive Heilung noch möglich. Unter 89 operirten Frauen sind 29 vorläufig und einzelne anscheinend endgültig gerettet.

J. Praeger (Chemnitz).

26. **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.** *Für praktische Aerzte und Studirende;* von Dr. Albert Rosenberg in Berlin. 2., neu durchgesehene und erweiterte Aufl. Berlin 1899. S. Karger. 8. X u. 412 S. mit 180 Abbild. im Text. (7 Mk.)

Das Buch ist bei seinem ersten Erscheinen im Jahre 1893 (Jahrbb. CCXLII. p. 203) ausführlich von uns besprochen worden. Die dem Buche damals von der ganzen Kritik gespendete warme Empfehlung verdient auch die 2. Auflage, in der alle wichtigeren Ergebnisse der Arbeit der zwischenliegenden Jahre gebührend berücksichtigt sind, in vollem Maasse.

Besonders zu erwähnen ist, dass die 2. Auflage sich durch klareren Druck vortheilhaft von der ersten unterscheidet.

Rudolf Heymann (Leipzig).

27. 1) **Normale Anatomie des Sehnerveneintrittes**; von Dr. Anton Elschnig in Wien. [Augenärztl. Unterrichtstafeln, herausgeg. von Prof. Magnus. Heft XVI.] (15 Mk.)
2) **Die Bakterien des Auges**; von Dr. Fritz Schanz in Dresden. [Ebenda Heft XVII.] Breslau 1899. J. U. Kern's Verlag (Max Müller). (10 Mk.)

Diese beiden Hefte reihen sich würdig den bisher erschienenen, durchweg vortrefflichen Unterrichtstafeln von Prof. Magnus an. Elschnig hat auf 18 Tafeln die verschiedensten innerhalb physiologischer Grenzen liegenden Variationen des normalen Sehnerveneintrittes abgebildet und diesen Abbildungen die entsprechenden anatomischen Schnitte, vermittelst Mikrophotographie hergestellt, zur Erläuterung beigegeben. Diese Tafeln werden besonders für den weniger Geübten, der anatomische Abweichungen leicht für pathologisch ansieht, sehr belehrend sein.

Schanz hat auf 9 Tafeln 18 der bekanntesten Bakterienarten dargestellt. Wie E. jeder seiner Abbildungen eine kurze anatomische Beschreibung angefügt hat, so hat auch Sch. für jede Bakterienart das Charakteristische, ihre Verbreitung, ihr Wachsthum, ihre Färbbarkeit u. s. w. angeführt. Die künstlerische Herstellung ist in beiden Heften vorzüglich.

Lamhofer (Leipzig).

28. **Die augenärztliche Unfallpraxis**; von Dr. Maschke in Berlin. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. 8. 120 S. (3 Mk. 60 Pf.)

Ein recht praktisch abgefasstes, von der Verlagshandlung trefflich ausgestattetes, für jeden Arzt (nicht nur den Specialisten) nützliches Büchlein. M. betont mit Recht die Hülflosigkeit vieler Aerzte in den Fragen des Unfallversicherunggesetzes. In diesem Buche wird auch der Ungeübteste genügende Hülfe bei der Feststellung der Unfallerkrankungen des Auges und der Bestimmung der Unfallrenten finden. Der 1. Theil enthält die Erläuterung der gesetzlichen Bestimmungen und die Anleitung zur Abfassung eines verständlichen Gutachtens; der 2. die Verletzungen der einzelnen Theile des Auges und ihre Einwirkung auf die Erwerbfähigkeit; der 3. die Bestimmung der Unfallrenten bei Beschädigung des centralen Sehens, bei Störungen des Gesichtsfeldes und der Beweglichkeit des Auges. Recht angenehm zum Vergleiche der eigenen Abschätzung und der behördlichen sind im Anhange die Tabellen mit Entscheidungen der Berufsgenossenschaften, des Schiedsgerichtes und des Reichsversicherungamtes bei Unfallerkrankungen des Auges. Ohne lange mathematische Formeln hat Maschke auch eine Tabelle zusammengestellt, in der der Grad der Rente nach dem Grade der Schädigung des Sehvermögens in Zahlen ausgerechnet ist.

Lamhofer (Leipzig).

29. **Einführung in das Studium der Medicin.** *(Medicinische Encyklopädie und Methodologie.)* Vorlesungen gehalten an der Universität zu Berlin; von Prof. Dr. Jul. Pagel. Berlin u. Wien 1899. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 226 S. mit 11 Holzschn. u. 16 Porträts. (4 Mk.)

Das vortreffliche Buch, das jeder angehende Mediciner eingehend studiren sollte, enthält in 15 Vorlesungen alles Das, was Jener wissen muss, um über den Umfang des von ihm zu Erlernenden und den besten Weg hierzu sich ein Bild zu machen. Zunächst werden die Bedeutung der Encyklopädie und Methodologie und die zweckmässigste Vorbildung, bei der P. der realen Bildung den Vorzug vor der gymnasialen einräumt, erörtert. Weiter giebt er Rathschläge bezüglich Wahl der Universität-Lebenshaltung, geht dann ein auf die philosophische Propädeutik und bekennt sich hier besonders als begeisterten Anhänger der Lehren des philosophischen Materialismus, wie sie Darwin, Ludwig Büchner, Du Bois-Reymond, Jul. Rob. v. Mayer, Haeckel u. A. gaben. In den folgenden Vorlesungen geht er näher auf die einzelnen Wissenszweige (zunächst vor dem Tentamen physicum) ein, bespricht dann die Bedeutung und Ablegung dieses, auch die Frage des Militärdienstes und eines eventuellen Universitätwechsels. Die weiteren Vorlesungen (7—14) befassen sich mit Pathologie, physiologischen Untersuchungen und den verschiedenen klinischen Lehrfächern, einschliesslich Hygieine und Staatsarzneikunde, die letzte Vorlesung mit Schlussprüfungen, Doktoreid u. dgl.

Beigegeben sind mehrere Studienpläne, darunter auch der Dippe'sche Leipziger Plan und die Reglements für die Prüfungen.

Die Abbildungen bringen die Photographien der wichtigsten führenden Persönlichkeiten unserer medicinischen Wissenszweige und der wichtigsten Apparate, wie Mikroskop, Kopfzange, der verschiedenen Specula u. dgl.

Die äussere Ausstattung des Buches entpricht durchaus seinem trefflichen Inhalte; insbesondere sind die Photogramme wohl getroffen.

R. Wehmer (Berlin).

30. **Handbuch der Hygiene**; von Ferdinand Hueppe. Berlin 1899. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 664 S. mit 210 Abbildungen. (13 Mk.)

Der bekannte Prager Hygieiniker fasst seine Aufgabe weder vom rein physiologischen oder chemischen, noch vom einseitig bakteriologischen Standpunkte aus auf, betont vielmehr, wie die Hygieine sich ihre Aufgaben aus ihren Bedürfnissen selbst zu stellen habe und aus den erwähnten, wie aus sonstigen Wissenszweigen das für sie Geeignete zu nehmen habe. Hierbei ist ihm leitend das Suchen nach den Ursachen der Gesundheitstörungen und nach den Mitteln zu deren Verhütung und Bekämpfung in einer streng wissenschaftlich-energischen Auffassung der Aetiologie. Weiter wird betont, wie die Hygieine volkswirthschaftlich ein wichtiger Zweig des Staats-Socialismus sei, worauf denn bei geeigneten Gelegenheiten verwiesen ist.

Hiernach hat P. seine Aufgabe in 7 Abschnitten erledigt; und behandelt: 1) die Geschichte der Hygieine; 2) die Nothwendigkeit der Abgrenzung von Gesundheitlehre und Gesundheitpflege; 3) die allgemeinen Ursachen der Gesundheitsstörungen und die Seuchen; 4) die allgemeinen Lebensbedingungen; 5) die Akklimatisation; 6) die allgemeinen Kampfmittel von Individuen und Menschengruppen; 7) besondere socialhygieinische Einrichtungen. Schon dieser Ueberblick zeigt, wie eigenartige und von der gewöhnlichen Darstellung abweichende, dafür aber um so interessantere Wege der Verfasser oftmals gewandert ist.

Aus dem *1. Abschnitte* sei hervorgehoben, dass Hueppe in seinem geschichtlichen Rückblicke bis zu Persern und Pelasgern, neben den Aegyptern und Juden zurückgeht, um in den folgenden, zum Theil befremdlichen und für die preussische Medicinalverwaltung verletzenden Sätzen sich über die gegenwärtige Lage der Hygieine auszusprechen.

„Den büreaukratischen Völkern des europäischen Continentes macht die Organisation des Gesundheitsdienstes oft grosse Schwierigkeiten, weil die von jeder Sachkenntniss unberührte Auffassung des in der Verwaltung einseitig herrschenden Juristen sich nicht zur nüchternen Sachlichkeit aufschwingen kann, dass die hygienischen Fachleute als Medicinalbeamte ebenso mit Selbstständigkeit und dem Rechte des Eingreifens ausgerüstet werden müssen, wie verantwortliche juristische Beamte. Preussen, welches einst mit der Organisation des Gesundheitswesens bahnbrechend voranging, hat in Folge dessen jetzt die schlechteste Sanitätsverfassung der Welt, dann kommt Frankreich, während Sachsen, Bayern, Baden, Oesterreich einen viel besser organisirten Sanitätsdienst haben und England sein ganzes Sanitätswesen auf die öffentliche Gesundheitspflege begründet hat."

Im Literaturverzeichnisse hat *Ref.* (im Hinblicke auf die philosophischen Ausführungen des Vorwortes) ungern Lorenz von Stein's „Gesundheitswesen" vermisst, auf das *Ref.* seiner Zeit im Vereine mit seinem verewigten Freunde A. Wernich sein eigenes „Lehrbuch des öffentlichen Gesundheitswesens" aufgebaut hat. (Stuttgart 1894. Ferd. Enke.)

Ueberaus interessant, weil ganz eigenartig philosophisch und kritisch durchgearbeitet, ist die im *2. Abschnitte* gegebene Beantwortung der Frage: *„Sind Gesundheitslehre und Gesundheitspflege nothwendig, und wie kann man dieselben gegen Nachbargebiete abgrenzen."*

Hierbei wird u. A. auf die Fragen der Malthus'schen Theorie, auf Auswanderung- und Colonialpolitik, Rassenhygieine u. dgl. mehr eingegangen.

In ähnlicher Weise werden auf breiter Basis genauer Kenntnisse auf den verschiedensten Gebieten des menschlichen Wissens im *3. Abschnitte* die allgemeinen Ursachen der Gesundheitstörungen und die Seuchen behandelt. Unter Anderem wird die Frage der Erblichkeit von Krankheiten unter Hinblick auf Darwin's Forschungen berührt, statistische Thatsachen werden beigebracht u. dgl. mehr.

Mehr auf naturwissenschaftlich - technische Weise sind im *4. Abschnitte* „Die allgemeinen Lebensbedingungen in ihrer die Gesundheit störenden und Krankheiten vermittelnden Beschaffenheit" erörtert: Boden und Oertlichkeit, Wasser, ein Gebiet, auf dem bekanntlich H. eine in gewissem Sinne führende Stellung, bez. der Beurtheilung der Brauchbarkeit eines Wassers einnimmt, Luft, Klima und Wetter.

Der *5. Abschnitt* befasst sich mit der *Akklimatisation*, während im *6. Abschnitte* als *„allgemeine Kampfmittel von Individuen und Gruppen gleichartiger Individuen"* in üblicher Weise besprochen werden: Nahrungstoffe und Nahrungmittel nach ihren verschiedenen Gruppen, einschliesslich Marktordnungen und Nahrungmittelgesetz; weiter: Ernährunggesetze und Massenernährung, Kleidung, Hautpflege und Abhärtung, Körperübungen (hier wäre vielleicht manchem Leser ein speciellere̊s Eingehen auf gewisse Sportarten wie Rudern, Radeln, Reiten, wünschenswerth gewesen), Wohnung, Beleuchtung, Wärmeregulirung und Heizung, Lüftung und Entseuchung der Wohnung, Entfernung der Abfallstoffe, Leichenwesen.

Der *7. Abschnitt* beschäftigt sich zum Theil etwas kurz mit *„besonderen specialhygienischen Einrichtungen:* Schule (wobei u. A. unsere *„deutsche"*, aus nationalen Gesichtspunkten beibehaltene Frakturschrift als unnöthig, den Unterricht erschwerend um so mehr bezeichnet wird, als sie nichts wie eine verschnörkelte Kunstschrift südfranzösischer Mönche ursprünglich gewesen ist), Beruf und Gewerbe, Krankenhäuser, Kasernen, Gefängnisse, Eisenbahn- und Schiffsverkehr und endlich Kampf gegen Seuchen.

Zahlreiche vortreffliche, zum grössten Theile originale Abbildungen, zum Theil anscheinend Wandtafelzeichnungen für die Vorlesungen, erhöhen das Verständniss, ein Sachregister erleichtert

die Orientirung in dem vortrefflichen, auch von der Verlagsbuchhandlung entsprechend ausgestatteten Buche. R. Wehmer (Berlin).

31. **Schulgesundheitslehre.** *Das Schulhaus und das Unterrichtswesen vom hygienischen Standpunkte aus für Aerzte, Lehrer, Verwaltungsbeamte und Architekten;* bearbeitet von Dr. H. Eulenberg u. Dr. Theodor Bach, weiland Direktor des Falk-Real-Gymnasiums zu Berlin. 2., umgearb. u. erweiterte Auflage. 7. u. 8. Lief. Berlin 1898 u. 1899. J. J. Heine's Verl. 8. S. 785—1004. (Je 3 Mk.)

Die vorliegenden beiden Lieferungen des zuletzt in Jahrbb. CCLVIII. p. 221 besprochenen hervorragenden Werkes theilen die Vorzüge und Nachtheile der früheren Lieferungen. Ref. kann es von seinem Standpunkte aus nicht als zweckmässig bezeichnen, dass die ärztlichen Capitel in diesem, zum grossen Theile für andere Berufsklassen bestimmten Werke in einer derartigen Weise ausführlich behandelt werden, wie es durch den Senior der preussischen Medicinalbeamten geschehen ist. Das in den vorliegenden Lieferungen Gebotene ist eigentlich nicht mehr eine für den specifischen Zweck der Schule zugeschnittene allgemein verständlich gehaltene Arbeit: das ist ein in der Weise rein medicinischer Bücher gehaltenes, eingehendes, klinisches Lehrbuch, in dem dann gelegentlich auch kleine Exkurse über die Schule sich finden. Mit seinem wohlbekannten unermüdlichen Bienenfleisse hat der greise Arzt Alles zusammengetragen, was ihm die neueste medicinische Literatur bot, Bakteriologisches, Pathologisch-Anatomisches, Klinisches einschliesslich der zahlreichen, noch unausgetragenen medicinischen Streitfragen. Alle Achtung vor diesem Fleisse und vor der Frische, mit der das Buch geschrieben ist; aber sein eigentlicher Zweck durfte doch nicht derart aus den Augen verloren werden! Durch solche Darstellung werden ärztlicher Dilettantismus und Kurpfuscherei, zu der mancher Lehrer ohnehin neigt, geradezu grossgezogen. In dieser Beziehung bedeutet die Erweiterung (die nicht einmal durchgängig, z. B. in der Schilderung der Ohrenkrankheiten, objektiv zutreffend ist) *keine* Verbesserung gegen die 1. Auflage.

Sachlich werden abgehandelt: Kurzsichtigkeit, Strabismus und andere Augenkrankheiten, Augenuntersuchung, Augenschutz; sodann „Schülerkrankheiten“, die Lehre von der Desinfektion, sodann werden die einzelnen Infektionkrankheiten erörtert: Masern, Scharlach, Blattern einschliesslich Impfwesen, Varicellen, Typhus, Cholera, Diphtherie, Influenza, Keuchhusten, Genickstarre, Mumps, Gelenkrheumatismus einschliesslich der Polyarthritis deformans (!), Ruhr, Pneumonie, Lungenschwindsucht; weiter dann: Augenkrankheiten (warum werden die verschiedenen Augenkrankheiten so auseinander gerissen?), Krankheiten der Nase, Mundhöhle, Zähne, des Rachens, der Ohren, Skoliose. Abbildungen finden sich vereinzelt; gerade hier wären sie in grösserer Zahl angebracht gewesen. R. Wehmer (Berlin).

32. **Transactions of the obstetrical Society of London.** *Vol. XXXVI. 1894.*[1])

I. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1) F. W. Eden: *Ungeplatzte Tubenschwangerschaft.* (p. 5.)

Es handelte sich um eine Schwangerschaft in der linken Tube, die im distalen Ende zu einer apfelsinengrossen, fluktuirenden Geschwulst umgewandelt war; das entsprechende Ovarium war taubeneigross und zeigte an der Oberfläche eine mit geronnenen Blutmassen gefüllte Cyste. Bei einem Gefrierschnitt durch die Tube erwies sich die uterine Hälfte als durch eine klare Flüssigkeit ausgedehnt, ihre Wandung war nicht verdickt, das uterine Ostium durchgängig, während der distale Theil durch ein geschichtetes Blutgerinnsel angefüllt war, in dem sich mikroskopisch Chorionzotten nachweisen liessen. Das abdominale Ende war geschlossen, ohne Andeutung von Fimbrien. Es hatte sich demnach in einer durch eine Salpyngitis ausgedehnten Tube eine Schwangerschaft entwickelt.

2) W. Duncan: *Geplatzte Tubenschwangerschaft aus der 3. Woche.* (p. 66.)

Eine 35jähr. Drittgebärende, die nach der 2. Entbindung eine Perimetritis durchgemacht hatte und wegen geplatzter Tubenschwangerschaft, 3 Stunden nach der Ruptur, operirt wurde. Die rechte Tube war 8 cm lang, 4 cm breit und 4 cm dick und wies hinten unten eine unregelmässige Rissstelle von 1 cm Durchmesser auf. Sie enthielt ein Blutgerinnsel, in dessen Mitte das Ei mit 1 cm langem Foetus gefunden wurde.

3) W. Duncan: *Gleichzeitige Entfernung von Frucht und Placenta mittels Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft.* (p. 146.)

Es handelte sich um eine rechtseitig entwickelte Abdominalschwangerschaft, und wegen stärkerer Blutung musste nach der Extraktion des Foetus die Placenta gleich mit entfernt werden. Der Sack wurde mit Jodoformgaze ausgestopft und die Blutung stand; die Gaze wurde am 3. Tage entfernt, die Kr. starb am 6. Tage unter dem Bilde der Erschöpfung und unter Delirien. D. nimmt an, dass es sich um eine Jodoformvergiftung gehandelt habe (nur an der Stelle, wo der Sack eingenäht war, fand sich eine leichte Peritonitis) und räth deshalb, statt Jodoformgaze lieber Kreolingaze zur Tamponade zu verwenden.

4) Bland Sutton: *Ueber ein frühes Tubenei.* (p. 195.)

Das Ei stammt von einer 35jähr. Frau, die vor 15 Jahren 1mal geboren hatte; sie wurde kurz nach erfolgter Ruptur operirt, und man fand ein ganz frühes Ei. Der Foetus war normal vom Amnion umgeben; das Chorion war mit Zotten besetzt, die besonders deutlich an dem Pole entwickelt waren, an dem die Alantoisgefässe eintreten. Zwischen Alantois und Chorion fand sich ein deutlicher Zwischenraum. Dieser Zwischenraum ist es, in den sich bei Tubenmolen das Blut ergiesst, und es ist zweifellos, dass dieses Blut von den Ovulumgefässen geliefert wird, demnach die Ursachen für eine Tubenmole in dem Ei selbst zu suchen sind.

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLXIII. p. 106.

5) Remfry: *Unvollkommener Tubenabort.* (p. 262.)

Die Tube hatte die Grösse einer reifen Banane und enthielt eine Mole mit deutlich nachweisbaren Zotten; auch war es zur Bildung einer Hämatocele gekommen. Die Frau wurde operirt, weil sich, nachdem nach erfolgter Ruptur die zuerst vorhandenen Schmerzen ganz verschwunden waren, erneute Schmerzen und Fieber einstellten. Dabei fand sich das Blut in der Hämatocele unzersetzt, während sich in der Tubenmole einige Tropfen Eiter nachweisen liessen.

6) Remfry: *Schwangerschaft im rudimentären Uterushorne.* (p. 263.)

Der Foetus war schon lange abgestorben und seine Weichtheile waren resorbirt, während die fötalen Knochen das rudimentäre Horn zu einem runden soliden Tumor umgewandelt hatten, der vor der Operation als Myom angesehen wurde. Der Stiel war nicht dicker, als der einer gewöhnlichen Ovarialcyste, und die Operation war leicht.

7) Griffith: *Ueber den Werth des Abgangs einer Decidua für die Beurtheilung einer Extrauterinschwangerschaft.* (p. 335.)

Bei einer amenorrhoischen Frau, die an morgendlichen Uebelkeiten litt, Schwellung der Brüste aufwies und sich für schwanger hielt, ging eine mächtige Deciduamembran ab. Die Frau war so fett, dass auch in Narkose eine genaue Diagnose nicht gestellt werden konnte, und Gr. nahm in dem Glauben, es mit einer Extrauterinschwangerschaft zu thun zu haben, die Laparotomie vor. Die Schwangerschaft fand sich nicht. Gr. ist zwar der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um ein extrauterin geschwängertes, aber resorbirtes Ei gehandelt habe, doch ist diese Annahme durch nichts bewiesen; jedenfalls zeigt der Fall, dass der Abgang einer Decidua für das Vorhandensein einer Extrauterinschwangerschaft nichts beweist und jedenfalls keine Laparotomie indicirt.

8) W. Duncan: *Schwangerschaft, complicirt mit Ovarialcyste.* (p. 312.)

Bei der Untersuchung der 30jähr. schwangeren Frau durch einen Assistenten platzte die cocosnussgrosse Ovarialcyste, und es wurde deshalb die Laparotomie vorgenommen. Die rechten Adnexe wurden entfernt und die Bauchhöhle ausgetupft. Am 4. Tage abortirte die Frau.

9) E. Herman: *6 weitere Fälle von Schwangerschaft und Geburt bei Morbus Brightii.* (p. 9.)

Im Anschlusse an seine früheren Berichte über Albuminurie während der Schwangerschaft mit und ohne Eklampsie im XXXII. und XXXIII. Bande der Transactions giebt H. ausführliche Krankengeschichten von 6 weiteren Fällen, denen er sehr genaue Urinuntersuchungen und Curventafeln hinzufügt. Er kommt zu dem Schlusse, dass hauptsächlich 2 Formen der Nierenerkrankung für schwangere Frauen in Betracht kommen. Die eine ist eine sehr akute, ohne oder mit mahnenden Vorboten von kurzer Dauer, wenige Tage, und hauptsächlich Erstgeschwängerte befallend; sie verursacht häufig den intrauterinen Fruchttod und ist gekennzeichnet durch äusserste Urinverminderung mit verhältnissmässig reichlichem Eiweissgehalte und wiederkehrenden Anfällen, bei sehr geringer Harnstoffausscheidung. Bei günstigem Verlaufe steigt die Urinmenge und mit ihr der Procentgehalt an Harnstoff. Ist dieser letztere nicht bald wieder der normale, dann verläuft die Krankheit schnell tödtlich. Selten sieht man sie in eine chronische Bright'sche Nierenerkrankung übergehen. Die 2. Art der Erkrankung befällt ältere Individuen und hauptsächlich Mehrgebärende; ihr gehen wochen-, bez. monatelang Vorboten voraus; es kommt seltener zum intrauterinen Fruchttode. Die Urinmenge ist stets vermehrt, es findet sich reichlich Eiweiss, doch im Vergleiche zur Urinmenge nicht so viel, wie in den Fällen der 1. Gruppe. Mit vermehrter Harnstoffausscheidung geht meist das Eiweiss zurück und die Krankheit in Genesung über; bleibt der Eiweissgehalt bestehen, so gehen diese Formen in die des chronischen Morbus Brightii über. Die Prognose trübt sich durch das Vorhandensein einer Retinitis, eklamptische Anfälle kommen gewöhnlich nicht zur Beobachtung.

Bei stärkerem intraabdominalen Drucke, als gewöhnlich, kann die Urinmenge vermindert werden, doch sind dann gewöhnlich nach der Entbindung Harnmenge und Harnstoffausscheidung vermehrt.

Bei der akuten Form mit Eklampsie und der chronischen mit ausgesprochen vermehrtem intraabdominellen Drucke ist das Eiweiss Paraglobulin. Die Formen, bei denen das Eiweiss Serumalbumin ist, gehen entweder mit dem Tode aus oder gehen in die der chronischen Bright'schen Niere über.

10) Leonard Cutler: *Die Nieren bei Eklampsie.* (p. 176.)

Eine 23jähr. Erstgebärende musste, wegen Eklampsie aufgenommen, mittels Zange entbunden werden und starb am 4. Tage post partum. Bei der *Sektion* fanden sich beide Nieren geschwollen, blutreich und im Zustande frischer interstitieller Entzündung mit sekundärer Betheiligung der Epithelien.

11) A. E. Giles: *Die Temperatur unmittelbar nach der Entbindung und ihr Verhältniss zur Dauer und Beschaffenheit der Wehen.* (p. 238.)

An Beobachtungen bei 600 Wöchnerinnen mit normalem Wehenverlaufe weist G. nach, dass durch die Wehenthätigkeit die Temperatur im Allgemeinen nur wenig erhöht wird und hauptsächlich die 2. Geburtperiode einen direkten Einfluss hat; je länger sie dauert, um so eher bewirkt sie eine Temperaturerhöhung. (Einfluss von vermehrtem Schmerz, Rückwirkung auf das Nervensystem, Druck der Weichtheile.) Die Tageszeit, zu der eine Entbindung stattfindet, hat wenig Einfluss; Chloroform, während der Austreibungzeit gegeben, bewirkt auch bei längerer Dauer der letzteren eine Temperaturherabsetzung, während intrauterine Ausspülungen das Umgekehrte herbeiführen. Nach Ansicht G.'s spielen hierbei nervöse Einflüsse eine Rolle, in Wirklichkeit sind wohl die Dinge, die die Ausspülung nothwendig machten, auch die Ursache der Temperatursteigerung.

12) P. Harris: *Aufforderung zur Verwendung der Symphyseotomie.* (p. 117.)

Nach eingehender Schilderung der Geschichte der Symphyseotomie und speciell der 31 in Amerika ausgeführten Operationen betont H. die Thatsache, dass sich diese Operation in England bisher nur wenig Eingang verschafft habe und tritt warm dafür ein, sie auch hier öfter in Anwendung zu bringen. Der geringste Grad von Beckenverengung bei den angeführten Operationen war 70 mm; 4 Todesfälle bei den Müttern und 9 bei den Kindern wurden notirt. Unter strengster antiseptischer Methode und bei nicht zu stark verengtem Becken (nicht unter 3 Zoll) müsse man statt der Sectio caesarea die Symphyseotomie ausführen. In der sich anschliessenden Diskussion traten L. Horrocks, Griffith und L. Napier entschieden für die Sectio caesarea der Symphyseotomie gegenüber ein.

13) J. Farrar: *Eine neue und schnelle Methode den rigiden Muttermund während der Geburt zu erweitern.* (p. 321.)

F. fand zufällig, als er wegen Rigidität der Cervix nach 2—3 Tage lang dauernden starken Wehen den Muttermund incidiren wollte und zu dem Zwecke eine 10proc. Cocainlösung eingerieben hatte, dass sich der vorher ganz starre Muttermund binnen 3—4 Minuten entfaltete, und fand die Beobachtung in einem 2. Falle bestätigt. Er räth dieses Mittel weiter zu versuchen.

14) Probyn-Williams: *Bauchdeckenabscess.* (p. 62.)

Der Abscess fand sich bei einer 40jähr. Viertgebärenden, die am 4. Tage nach der Cephalothrypsie und nach 3tägigem normalen Verlaufe unter Collapserscheinungen gestorben war. Er lag in den Bauchdecken und communicirte mit der Eiter enthaltenden Blase. Pr.-W. erklärt seine Entstehung so, dass bei dem engen Becken (Vera 3 Zoll) der harte kindliche Schädel durch anhaltenden Druck eine Ulceration der Blase herbeiführte, die eine Urininfiltration zur Folge hatte. Der Abscess platzte jedenfalls während der Entbindung.

II. Missbildungen.

1) Probyn-Williams: *Missbildetes Herz.* (p. 3.)

Bei einem ausgetragenen, an starker Blausucht leidenden und 14 Tage nach der Geburt gestorbenen Kinde, bei dem die Herztöne (keine Geräusche) rechts vom Sternum gehört wurden, fand sich das Herz zusammengesetzt aus 2 Ventrikeln und einem Vorhofe. Von letzterem ging eine weite Vena cava superior aus. Vom Septum fand sich nur am oberen und unteren Theile eine Andeutung. Die vom rechten Ventrikel ausgehende Pulmonalarterie war verschlossen; von der normal entwickelten Aorta ging ein normal gebildeter Ductus arteriosus ab. Die linke Pulmonalvene öffnete sich in die Vena cava, während sich rechts nur ein dünner Faden ohne Oeffnung fand.

2) L. Remfry: *Ueber Retroflexio foetalis.* (p. 227.)

Die Flexion lag im Atlas-Occipitalgelenke. Das unvollkommen entwickelte Occiput war so gebeugt, dass der hintere Theil des Kopfes fast die Crista ilei berührte; auch bestand eine leichte Lateroflexion nach links, und an dieser Seite entsprang der Glutaeus maximus von der oberen Partie des Hinterhauptbeines. Rechts trennte eine 3 Cubikzoll enthaltende Encephalocele das Letztere von dem Hinterhauptskamme.

3) Targett: *2 Fälle von Hermaphroditismus.* Mit 3 Abbildungen. (p. 272.)

Das erste Individium war 26 Jahre alt mit männlicher Stimme, weiblich erzogen und weiblich gekleidet. Es menstruirte regelmässig, hatte geschlechtlichen Verkehr mit weiblichen Personen und entleerte dabei Schleim ohne Spermatozoën. Die Brustdrüsen waren nur mässig entwickelt, wie bei einem 15jähr. Mädchen, die Pubes waren weiblich entwickelt, und die Schamtheile schienen aus einem Penis mit Scrotum und Hoden und einer Vulva zu bestehen. Der Penis war bis zu 5 Zoll Länge erigirbar und imperforirt. Die Vagina war angedeutet, und begann hinter dem Penis, war aber sehr kurz und eng; innerlich konnten Uterus und Ovarien nachgewiesen werden. T. erklärt die Person für eine solche weiblichen Geschlechtes, ebenso wie die 2. beschriebene, 17jähr., die bis zum 7. Lebensjahre als Mädchen betrachtet und dann durch ein Consilium für einen Knaben erklärt wurde. Das Individuum hatte äusserlich einen vollkommen männlichen Habitus: Schnurrbart, Brust, und ein Penis von 2 Zoll Länge, der erigirbar war und eine Glans ohne Urethralmündung aufwies. An der Unterseite des Penis fand sich eine 2 Zoll vor dem Anus in eine Oeffnung übergehende Furche, in den ausgebildeten Schamlippen lagen hodenartige Körper. Hinter der Urethralmündung liess sich per rectum ein kleines Knötchen (Uterus?) nachweisen. Menstruirt war die Person nicht.

4) H. Roberts: *Congenitale Deformität.* (p. 341.)

3monatiges Mädchen mit intrauterinen Amputationen, von einer gesunden Fünftgebärenden normal geboren; keine Nabelschnurumschlingung; kein Fehlen des Liquor amnii. Die obere Körperhälfte und die inneren Organe waren normal bis auf den linken Unterarm, der nahe dem Handgelenke eine Umschnürung zeigte; die 3 mittleren Finger dieser Hand waren verkümmert und zu einem dicken 3eckigen Finger verwachsen. Das linke Bein war bis zum Knie normal, während sich darunter eine 3 Zoll lange unförmliche Fleischmasse fand, mit 3 Einschnürungen und nur einem Knochen im oberen Theile. Die Masse endigte in 5 dünne zehenartige Auswüchse. Das Kind konnte sie bewegen, auch war das Kniegelenk normal. Der rechte Unterschenkel sah aus, als wäre er mit einer dünnen Schnur oberhalb des Enkels umschnürt worden, der Fuss war bis auf 2 zusammengewachsene Zehen normal.

III. Gynäkologie.

1) W. J. Gow: *Ueber die Beziehungen zwischen Herzkrankheiten und Menstruation.* (p. 126.)

G. hat in 50 Fällen genaue Beobachtungen zur Beantwortung der Frage angestellt, ob organische Herzfehler die Menstruation beeinflussen, und, wenn dies der Fall ist, in welcher Weise. 28mal war die Menstruation unverändert, bei 17 Kranken bestanden Amenorrhöe oder geringere Blutverluste als früher, nur bei 5 war die Periode häufiger, bez. stärker als früher. G. bezeichnet auf Grund dieser Beobachtung die Angaben der Lehrbücher, dass Mitralerkrankungen Menorrhagien machen, als unrichtig, gerade das Gegentheil ist der Fall. Wohl aber führen Mitralerkrankungen nicht selten Aborte herbei und daraus erklären sich vielleicht die Angaben der Lehrbücher, die die den Aborten direkt sich anschliessenden Blutungen, bez. die durch Endometritis post abortum hervorgerufenen Blutungen als durch die Mitralerkrankungen bedingt

auffassen. Auch betont G. die verhältnissmässig häufige Sterilität bei herzkranken Frauen, und dass nach seinen Beobachtungen Schwangerschaft und Geburt ohne besondere Beschwerden überstanden wurden.

2) W. Heape: *Ueber Menstruation bei Lemnopithecus entellus.* (p. 213.)

Bei seinen Untersuchungen an gesunden, unter dem natürlichen Leben möglichst gleichen Bedingungen gehaltenen Affen fand H., dass bei jeder Menstruation das Endometrium eine cyklische Reihe von Veränderungen eingeht. Diese sind gekennzeichnet durch Wachsthum des Stroma unterhalb des Epithels und Vermehrung der Gefässe; diese hypertrophiren, degeneriren und platzen, wodurch es zu Blutextravasaten unter dem Epithel kommt. Die Extravasate brechen auf, und das Blut gelangt in die Uterushöhle. Dann wächst frisches Epithel über die zerrissene Oberfläche, zuerst flach, dann cylindrisch, neue Gefässe im Zusammenhange mit den schon im Stroma vorhandenen werden gebildet und zuletzt folgt eine Schrumpfung des Stroma; dieses selbst, vom Mesoblast stammend, ist im Stande, aus seinen indifferenten Elementen neues Epithel, neue Drüsen und neue Gefässe zu bilden.

3) E. Herman: *Ueber die Formveränderung des Cervikalkanales während der Menstruation.* (p. 250.)

H. stellte durch genaue Messungen fest, dass sich der Cervikalkanal während der Menstruation erweitert, und zwar am meisten während des 3. und 4. Tages, ganz gleich, ob die Periode mit oder ohne Schmerzen verbunden ist, wenig oder reichlich Blut abgesondert wird. Die Erweiterung des Cervikalkanales und der Charakter der Menstruation haben keine direkten Beziehungen zu einander.

4) W. J. Gow: *Ueber Vaginalsekret.* (p. 52.)

G. machte seine Untersuchungen an Frauen, denen er wegen maligner Erkrankungen den Uterus entfernt hatte und also sicher war, nur Vaginalsekret untersuchen zu können; das Scheidengewölbe war fest geschlossen und die Vagina gesund. Nach seinen Beobachtungen wird das Sekret zunächst alkalisch reagirend abgesondert und erst später durch Zersetzung des abgesonderten Materiales sauer. Die Zersetzung wird bewirkt durch die in der Scheide vorhandenen und wachsenden Mikroorganismen und G. nimmt im Gegensatze zu Döderlein an, dass nicht Milch-, sondern Buttersäure diese saure Reaktion bedinge; er vergleicht die Sekretion der Vagina mit der der Talgdrüsen, in deren Sekret ja auch Buttersäure nachzuweisen ist.

5) Armand Routh: *Ueber gleichzeitig vorkommende Parovarial- und Scheidencysten durch Bildung aus einem ausgedehnten Gärtner'schen Gange.* (p. 152.)

Bei einer an Ausfluss leidenden Person fand sich eine Parovarialcyste, die durch eine in der Länge der Scheidewand bis in das Vestibulum führende Cyste nach aussen communicirte; Druck auf diese vergrösserte die Parovarialcyste. Die Scheidencyste wurde mit dem Thermokauter geöffnet und es liess sich die Communikation mit der Parovarialcyste sicher nachweisen. Die Absonderung liess allmählich nach und die Cyste verkleinerte sich. Es handelte sich fraglos um einen offen gebliebenen Gärtner'schen Gang. Da nun bei der Frau die Skene'schen Gänge deutlich nachzuweisen waren, so können sie nicht zu den Gärtner'schen Gängen gehören, vielmehr ist es sehr wahrscheinlich, dass sie den Ductus ejaculatorii entsprechen.

Wird ein offener Gärtner'scher Gang an irgend einer Stelle ausgedehnt, so führt dieses im Bereiche der Lig. lata zur Entstehung einer Parovarialcyste, in den tieferen Abschnitten zur Bildung von Scheidencysten.

6) Boxall: *Enucleation von Uterusfibroiden 15 Tage post partum.* (p. 64.)

Bei einer 35jähr. Siebentgebärenden fand man bei der manuellen Placentalösung in der vorderen oberen Uteruswand 3 Fibroide von Wallnuss- und Orangengrösse und diese mussten, da sich am 7. Tage Fieber, Schmerzen und blutiger Ausfluss einstellten, 15 Tage nach der Entbindung enucleirt werden. Nach Erweiterung der Cervix gelang die Entfernung mit Hülfe des Ekraseur unschwer. Die Frau genas.

7) W. Duncan: *Cocosnussgrosses Fibroid der hinteren Cervixlippe.* (p. 114.)

34jähr. unverheirathete Person an starken Blutungen und Schmerzen leidend; Durchtrennung des Stieles mit dem Ekraseur und Entwickelung des Myoms mit der Zange, wobei in der hinteren Vaginalwand ein 3 Zoll langer Riss entstand.

8) W. Duncan: *Entfernung eines gangränösen Uterusfibroids durch abdominelle Hysterektomie.* (p. 181.)

Bei der 36jähr. Frau stand der Fundus uteri über dem Beckeneingang, die Cervix war dilatirt und aus ihr ragte, die Vagina füllend, eine schwarze stinkende Tumormasse hervor. Die Geschwulst wurde mit Hülfe der Zange entfernt und dabei gefunden, dass sich in der rechten Uterusseite noch ein zweiter, orangegrosser Tumor ohne deutliche Demarkation vorfand. Da die Wand an einer Stelle sehr dünn war, verzichtete D. auf die vaginale Entfernung und exstirpirte einige Tage später den Uterus durch Laparotomie. Er ist der Ansicht, dass in solchen Fällen die abdominale Exstirpation der vaginalen vorzuziehen ist, weil man einmal besser die Adnexe mit fortnehmen kann und dann auch die Gefahr des Aufbrechens des Uterus leichter vermeidet.

9) Stevens: *Colloid entartetes Uterusfibrom.* (p. 225.)

Der Tumor hatte zunächst Schwangerschaft vorgetäuscht, wurde dann als Kystom diagnosticirt, bei der Laparotomie aber wieder als gravider Uterus angesehen. Nach Schluss der Bauchwunde wurde dann später der Uterus erweitert und ausgetastet, aber leer gefunden, dann wurde nochmals die Laparotomie gemacht und der Uterus exstirpirt. Der Tumor sass in der vorderen Wand, die ihn kapselartig umgab, und enthielt grosse Hohlräume mit schleimigem Inhalt.

10) Cullingworth: *Grosses interstitielles gangränöses Myom.* (p. 268.)

Die Geschwulst wurde bei einer 61jähr. Frau entfernt, die sie nachweislich 20 Jahre trug; sie war rein interstitiell. Der Fall beweist, dass auch noch nach eingetretener Menopause Myome ihren Trägerinnen gefährlich werden können.

11) Lewers: *Fibrocystischer Uterustumor.* (p. 270.)

Der Tumor war so dünnwandig, dass er für eine Ovarialcyste gehalten worden war, und der Fall giebt L.

Veranlassung zu einer ausführlichen Besprechung, wie man am besten solche Irrthümer vermeidet.

12) Lewers: *Primäres Corpuscarcinom.* (p. 374.)

Der Krebs fand sich bei einer 44jähr. Frau und wurde mit Klemmen exstirpirt. Die Frau war $2^1/_2$ Jahre nach der Operation recidivfrei. Im Anschlusse giebt L. eine Tabelle über 5 weitere Heilungen.

13) Braithwaite: *Adenom der Portio in Form eines tiefen Geschwürs.* (p. 208.)

Die Geschwulst wurde ausgeschnitten, der Geschwürsgrund mit dem scharfen Löffel energisch ausgekratzt und einige Tage später mit Zinkchlorid geätzt. Mikroskopisch fand sich das Bild eines Adenom. Die Kr. blieb recidivfrei.

14) L. Remfry: *Ligatur und Incision der oberen Partien des Lig. latum.* (p. 202.)

R. unterband bei einer 47jähr. Frau mit cocosnussgrossem Myom und schweren Blutungen, bei der die beabsichtigte Castration wegen Verwachsung der Adnexe undurchführbar war, durch 2 Ligaturen die oberen Partien der Ligamente, dicht am Uterus und 2 Zoll entfernt davon; mit der letzteren Ligatur wurden Tube und Art. ovarica abgebunden; zwischen den Ligaturen wurde durchtrennt. Nach 3 Wochen begannen die Blutungen von Neuem und $^1/_2$ Jahr nach der Ligatur musste die Myomotomie vorgenommen werden.

R. glaubt, dass sich nach der alleinigen Durchschneidung der Art. ovarica ohne Oophorektomie ein Collateralkreislauf bildet, der durch erneuten Blutzufluss zum Myom neue Blutungen anregt; deshalb kann nur die Castration selbst von Erfolg begleitet sein.

15) Crawford: *Fibroma ovarii.* (p. 190.)

Orangegrosses, reines Fibrom, vom Hilus des linken Ovarium ausgehend.

16) P. Horrocks: *Fibrom des linken Ovarium.* (p. 185.)

Der Tumor war 12 Zoll lang, sehr zellenreich und an seinen Zellen den Charakter embryonalen Bindegewebes darbietend.

17) Braithwaite: *Ueber sog. Cirrhosis ovarii.* (p. 325.)

B. ist auf Grund seiner Untersuchungen der Ansicht, dass es sich bei diesem Leiden, das sehr häufig in Folge anhaltender Ovarialschmerzen zur Castration führt, nicht um fibröse, sondern um atrophisirende Processe handelt, die sich nicht selten in Folge erschöpfender Krankheiten einstellen. Wann und unter welchen Verhältnissen solche zu kleine Ovarien zu Schmerzen Veranlassung geben, ist noch nicht nachgewiesen.

18) Cullingworth: *3 Fälle von Beckenentzündung im Zusammenhang mit Ovarialabscess.* (p. 277.)

C. giebt 3 genaue Krankengeschichten und ist der Ansicht, dass es sich bei der eitrigen Beckencellulitis zusammen mit eitrigen Cysten der Ovarien, bez. Ovarialabscessen meist um eine Salpingitis handelt, die das Ovarium sekundär inficirt; das Ovarium ist zu sekundärer Infektion um so geeigneter, wenn es vorher schon in beginnender cystischer Entartung war. Von 83 Operationen wegen Beckeneiterung fanden sich bei nicht weniger als 30 Ovarialabscesse.

19) Cullingworth: *Primäres Tubencarcinom.* (p. 307.)

Der Krebs hatte seinen Sitz in der rechten Tube und hatte sekundär das Lig. latum und die Aussenseite eines gewöhnlichen Kystoms inficirt; er fand sich bei einer 60jähr. Frau. Das Ovarium war zu einer grossen Cyste entartet, mit dünnen Wandungen, die an einzelnen Stellen derbere Knoten aufwiesen; die degenerirte Tube lag dem Kystom fest an und war $3^1/_2$ Zoll lang und 1 Zoll im Durchmesser dick. Die Frau überstand den Eingriff, ging aber später an Ileus zu Grunde.

20) Targett: *Hydatiden im knöchernen Becken.* (p. 344.)

Die Arbeit giebt einen ausführlichen, durch Abbildungen unterstützten Bericht über diese höchst seltene Erkrankung und eine Zusammenstellung der bisher bekannten Fälle. Von 76 veröffentlichten Fällen von Hydatiden im knöchernen Skelet kamen 15, also etwa $^1/_5$ auf das knöcherne Becken als primären Sitz, 5 Geschwülste hatten von der Nachbarschaft her auf das Becken übergegriffen. Von diesen 20 Tumoren hatten 12 ihren primären Sitz im Os innominatum, 3 im Os sacrum, 3 waren primär in der Wirbelsäule entstanden, 2 hatten ihren Ausgang vom Femur genommen.

Vol. XXXVII. 1895.

I. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1) F. W. Eden: *Ueber die Entwicklung und die normale Struktur der menschlichen Placenta.* (p. 205.)

Die Mittheilung ist ein Auszug aus einer ausführlichen Arbeit, die E. im Journ. of Pathol. and Bacteriol. 1895 veröffentlicht hat und die auf Untersuchungen an menschlichen Placenten fusst, zum Theil unter Zuhülfenahme von künstlichen Injektionen. E. unterscheidet an der Placenta 2 getrennte Strukturbildungen, die einestheils vom Ovum, fötale Placenta, andererseits vom Uterus, mütterliche Placenta, sich entwickeln. Das Chorion besteht aus Epithel, Stroma und Blutgefässen, das Epithel selbst aus 2 Lagen, von denen das oberflächliche, Strophoblast, den Hauptbestandtheil bildet. Die mütterliche Placenta wird von der Uterusmucosa gebildet und E. theilt die Bildung in 3 Stadien ein: Entwicklung der Decidua, Einwanderung der Zotten in das mütterliche Gewebe, Oeffnung der mütterlichen Gefässe und dadurch bedingte Cirkulation durch die intervillösen Räume, Bildung weiter Räume in der Serotina durch Oeffnung benachbarter Drüsen und Gefässe, schliesslich Stillstand der aktiven Processe. Die intervillösen Räume werden gebildet durch das Zwischengewebe zwischen Decidua und Chorion, Zwischenräume entstehen durch die Zerstörung der Deciduagewebe und durch glanduläre und Gefässkanäle. Abhängig von der jeweiligen Contraktion des Uterus ist die Cirkulation in ihnen eine nicht sehr schnelle. Die Riesenzellen der Serotina bilden sich aus dem Trophoblast. Fötale und mütterliche Placenta hängen innig zusammen, die Lösung der Placenta erfolgt in der losen cavernösen Lage der Serotina.

2) A. Doran: *Placentarpolyp.* (p. 229.)

Die Arbeit enthält genaue Untersuchungen an Blutmassen, von Tubenschwangerschaften stammend, an polypösen Wucherungen im Uterus, Placentapolypen, nicht malignen und malignen Deciduomen, und D. weist auf den auffallenden Umstand hin, dass das in der letzten Zeit so vielfach beschriebene Deciduoma malignum bisher in England so wenig Beachtung gefunden hat.

3) Lewers: *Tubenmole.* (p. 78.)

Die linke Tube war orangengross, nicht rupturirt und ihr Fimbrienende offen. Im Becken fand sich ein tassenkopfgrosses Blutgerinnsel, das jedenfalls aus dem offenen Fimbrienende ausgestossen worden war.

4) Cullingworth: *Sicherer Fall von completem Tubenabort.* (p. 139.)

Starke innere Blutung. Laparotomie. Hinter dem Uterus und an dem Fimbrienende der rechten Tube, dieser dicht anhängend, ein festes, eiförmiges Gerinnsel. Abtragung von Tube und Ovarium. Trotz intravenöser Kochsalzinfusion starb die Frau. In dem Blutgerinnsel ein 3 Wochen alter Embryo; die Tube war für einen Finger gut durchgängig.

5) Bland Sutton: *Tubo-uterine Schwangerschaft.* (p. 296.)

Laparotomie wegen innerer Blutung. Nach Entfernung reichlicher Blutmassen fand sich ein Riss in der rechten Uterusecke, von wo eine arterielle Blutung ausging. Nach doppelter Ligatur Abtragung von Tube und Ovarium und nachträgliche Ligatur durch die Uterussubstanz. Nach 3 Tagen Abgang einer Decidua. Das entfernte Blut konnte nicht gründlich untersucht werden und ein Embryo wurde nicht gefunden, trotzdem glaubt S. sicher, eine interstitielle Schwangerschaft annehmen zu können.

6) Galabin: *Schwangerschaft im rudimentären Horn.* (p. 225.)

Erste Schwangerschaft. Operation unter der Diagnose Ovarialtumor; statt dessen fand sich eine ausgetragene Schwangerschaft in dem stark mit der Umgebung verwachsenen rudimentären linken Uterushorn. Dieses war durch einen Strang, in dem nur wenig oder gar kein Uterusgewebe zu erkennen war, mit dem Uterus selbst verbunden und enthielt die linken Adnexe. Durch leichte Stielunterbindung liess sich das geschwängerte Horn einfach abtragen. 2 Jahre später erfolgte ein normaler Partus.

7) W. Duncan: *Missed abortion.* (p. 196.)

Eine 27jähr. Frau, bisher regelmässig menstruirt, verlor vom Mai bis September die Periode, dann trat geringer Blutverlust ein, und dann folgte wieder Amenorrhöe bis zum Mai. Da unregelmässige Fiebersteigungen eintraten, wurde nach Dilatation der Cervix eine Austastung des vergrösserten Uterus vorgenommen und ein Ei von Enteneigrösse entfernt.

8) Probyn-Williams und Leonard Cutler: *Einige Beobachtungen über Temperatur, Puls und Respiration während Geburt und Wochenbett.* (p. 19.)

Bezüglich der Temperatur stimmen die Beobachtungen mit den von Giles (Transactions 1894) veröffentlichten überein, sie fanden gleichfalls ein langsames Ansteigen während der Wehen, Abhängigkeit der Temperatur besonders von der Länge der 2. Geburtperiode und Herabsetzung der Temperatur durch Anwendung von Chloroform.

Was den Puls betrifft, so fanden die Vff. in 100 Fällen, in denen der Puls während der 1. Geburtperiode und etwa $1^1/_2$ Stunden nach der Beendigung der 3. Periode genau registrirt wurde, dass sich in dieser Zeit der Puls durchschnittlich um 11 Schläge in der Minute (von 89 auf 78) vermindert. Frauen mit besonders hoher Pulszahl während der Wehen zeigten keinen besonders starken Abfall hinterher, während gleichmässig lange und andauernde Wehen einen Einfluss auf die Pulsverminderung hatten. Nach Chloroform bleibt die Pulszahl nach der Entbindung meist erhöht, starke Nachblutungen erhöhen sie gleichfalls; in 19 Fällen fand sich eine Vermehrung um 19 Schläge in der Minute.

Die Pulsspannung wurde mit Hülfe des *Dudgeon*'schen Sphygmographen dann untersucht, wenn Herz- und Nierenerkrankungen ausgeschlossen waren, und man fand im Allgemeinen die Spannung während der Wehen unverändert, manchmal vermindert, was sich besonders nach einer beträchtlichen Blutung zeigte.

Die Zahl der Respirationen war nach erfolgter Entbindung um einen Athemzug kleiner, als während der Wehen; Chloroform hatte keinen Einfluss.

Im Wochenbett war bei 100 Frauen die Durchschnitttemperatur 98—99° F. (36.7—37.3° C.), Abends (5 Uhr 30 Minuten) höher als früh (9 Uhr); am höchsten war sie am ersten Tage und höher bei Erstgebärenden als bei Mehrgebärenden. Dammrisse beeinflussten sie nicht.

Der Puls war, entgegen der Ansicht der Lehrbücher, nicht sehr verlangsamt, in 100 Fällen nicht unter 72 Schlägen; früh war er um 5—6 Schläge schneller als am Abend. Die Pulsspannung erwies sich unmittelbar nach der Entbindung im Allgemeinen als vermehrt und nur in einigen Fällen 24 Stunden lang vermindert; nach 24 Stunden fand sie sich aber immer grösser als während der Wehen; bei Mehrgebärenden dauerte diese Spannungvermehrung länger als bei Erstgebärenden und konnte während des ganzen Wochenbettes beobachtet werden.

Die Athemfrequenz schwankte zwischen 20 und 22 Zügen in der Minute und war Morgens etwas grösser als Abends.

9) Stevens und Griffith: *Ueber den Stand der Gebärmutter während des Puerperium.* (p. 246.)

Die Messungen wurden an den gleichen Tagesstunden vorgenommen und es wurde die Entfernung der Mitte des Fundus uteri von der Symphyse gemessen. Bei diesen Messungen ist darauf zu achten, dass Blase und Rectum und wenn möglich auch die Dünndärme leer sind und dass alle Fehlerquellen, wie Uterusprolaps, abnormer Hochstand, ungewöhnliche Grösse des Uterus, Retroversion und Lateroversionen, ausgeschlossen werden. Gehindert wird die regelmässige Involution durch Retention von Placenta- und Eihautresten, Blutklumpen und Lochien, sowie durch putride Zer-

setzungen im Uterus. St. u. Gr. geben in ihrer Arbeit sehr gute Curven über normale und fehlerhafte Rückbildung und rathen zur Anlegung derartiger Curven im Wochenbett, denn sie geben, schon bevor Temperatursteigerungen auf eine putride Entartung im Uterus aufmerksam machen, dem erfahrenen Beobachter genügenden Hinweis darauf, dass etwas Derartiges beginnen will und geben so Gelegenheit zum frühzeitigen Eingreifen.

10) Griffith: *Demonstration einer Symphyseotomirten.* (p. 13.)

Die Operation war vor 4 Monaten gemacht worden und die Frau war ganz gesund, zu schwerer Arbeit fähig und im Stande, ohne Mühe und Schmerz zu gehen. Sie klagte nur darüber, dass ab und zu einige Tropfen Urin unwillkürlich abgehen, wenn sie sich besonders anstrengt. Die Symphyse war fest und der Knochen fest vereinigt. Die Incision war als eine seichte Depression von $^1/_8$ Zoll fühlbar. Die Operation wurde bei plattem Becken mit einer Vera von $3^3/_4$ Zoll vorgenommen und die Geburt mittels Zange beendet; das Kind war todt. Die Wunde wurde mit Silberdraht und Catgut vereinigt.

11) Drummond Robinson: *Ueber gewisse Mikroorganismen von geburtshülflichem und gynäkologischem Interesse.* (p. 263.)

Bei schwerem Puerperalfieber findet man im Blute und im Gewebe stets den Streptococcus pyogenes. Dieser verliert seine Wirkung durch längeren Contakt mit der Luft und gewinnt an Virulenz, wenn er einen thierischen Körper passirt hat. Normaler Weise enthält der frisch entbundene Uterus keine Mikroorganismen, bei puerperaler Sepsis dagegen findet man mannigfache Arten, sowohl in der Uterushöhle, als auch in der Decidua, doch ist nur der Streptococcus pyogenes im Stande, der Venen- und Lymphbahn zu folgen und so allgemeine Sepsis herbeizuführen. Er führt zu Eiterungen in den verschiedenen Geweben, doch kann er auch, ohne dass es zu stärkeren örtlichen Erkrankungen kommt, den Tod bewirken. Eigene Fälle werden zur Illustration des Gesagten angeführt; ein Fall von Infektion mit Bacterium coli commune wird ausführlicher besprochen.

Es handelte sich um eine Frau mit Incarceration des 4 Monate schwangeren Uterus, die bei der Reposition inficirt wurde und starb. Während des Lebens liess sich im Uterussekrete das Bact. coli commune in Reinculturen nachweisen und es war nach dem Tode sowohl im Uterus, als auch auf dem Peritonaeum und im Herzblute zu finden.

Der Gonococcus, dem ein weiterer Abschnitt der Arbeit gewidmet ist, zeichnet sich den beiden ersten Formen gegenüber dadurch aus, dass er durch Temperaturverhältnisse besonders beeinflusst wird; er stirbt bei höheren Temperaturen bald ab und es ist wohl diesem Zustande zu verdanken, dass Infektionen mit ihm durch Wäschestücke, Handtücher u. s. w. nicht häufiger beobachtet werden.

12) Roberts: *Ueber die gewöhnliche Form der Phlegmasie.* (p. 163.)

R. bespricht 16 eigene Beobachtungen und schlägt vor, folgende Formen zu unterscheiden: 1) Phlegmasie, bedingt durch Druck, 2) Phlegmasie, die von allgemeinen Krankheiten begleitet wird, 3) rein septische Formen, 4) Thrombose ohne Sepsis und 5) Thrombose mit Sepsis.

Die thrombotische Form ist die nach Entbindungen gewöhnlich beobachtete; sie braucht nicht septischer Natur zu sein, kann vielmehr die Folge von Blutveränderungen sein, die ihren Ursprung in schweren Blutverlusten während der Entbindung finden. Die Thrombose geht meist von den Uterin- und von den Beckenvenen aus, das Bein erscheint dunkel verfärbt, ödematös und schmerzhaft und Vena femoralis und saphena sind von der Thrombose befallen. Der Process kann von einem Beine auf das andere übergehen, beginnt gewöhnlich zwischen dem 10. und 20. Tage, zumeist mit Fieber (ohne dass dies ein Zeichen für Sepsis ist) und dauert 6—8 Wochen. Complikationen sind nicht gewöhnlich, die grösste Gefahr liegt in der Möglichkeit einer Lungenembolie. Die Prognose für das Leben ist im Ganzen günstig, doch bleibt leicht eine Schwäche in dem befallenen Beine zurück. Die Behandlung besteht in vollkommener Bettruhe durch wenigstens 4 Wochen hindurch und allgemeiner Kräftigung.

13) Targett: *Akute Vereiterung beider Ovarien nach einer Entbindung.* (p. 216.)

Bei der *Sektion* einer 4 Tage nach normaler Entbindung verstorbenen 18jähr. Person fanden sich beide Tuben normal, das rechte Ovarium voll von eiterigen Abscessen, von denen einer durchgebrochen war und so zu der allgemeinen, den Tod bedingenden Peritonitis geführt hatte, das linke Ovarium war gleichfalls ganz vereitert. Am Uterus war beiderseits das subseröse Gewebe bis in das Ligamentum latum hinein eitrig infiltrirt. Interessant in dem Falle ist das Uebergreifen einer septischen Parametritis auf beide Ovarien, ohne dass die Tuben betheiligt waren.

II. Missbildungen.

1) Stevens: *Foetus mit fehlender Urethra und Ascites als Geburtshinderniss.* (p. 5.)

Bei der 7 Monate alten männlichen, durch Embryotomie entwickelten Frucht fehlte die Urethra vollkommen, der Bauch war durch starken Ascites stark ausgedehnt gewesen, es fand sich auch etwas pleuritisches und perikardiales Exsudat. Die Harnblase war mit Urin gefüllt und endigte hinter der Symphyse blind. Der Penis enthielt weder Urethra, noch Corpus spongiosum; mikroskopisch fand sich zwischen den wohl entwickelten Corpora cavernosa nur ein fibröses Gewebe. Der linke Ureter war stark dilatirt und gewunden, Niere und Nierenbecken waren normal, der rechte Ureter war eng, die atrophische Niere enthielt zwei Cysten. Die rechte Art. hypogastrica war stärker entwickelt als die linke. letztere war an der Stelle, wo sie über die Blase zieht, strangartig. St. glaubt, dass die Ursache der Missbildung in einer Knickung der rechten Art. hypogastrica und dadurch bedingter venöser Stauung zu suchen sei.

2) Ilott: *Foetus papyraceus.* (p. 7.)

In der Placenta eines gut entwickelten, normal geborenen, $7^1/_2$ Monate alten Knaben fand sich in einer Tasche der Eihäute ein zweiter, ganz abgeplatteter Foetus aus dem 4. bis $4^1/_2$. Schwangerschaftmonate. Der Liquor amnii war normal.

3) Remfry: *Fehlen der Brüste und des Uterus.* (p. 12.)

Bei der 27jähr. Person fehlten an dem normal entwickelten Thorax beide Brustdrüsen vollkommen; es

fanden sich nur zwei kleine Brustwarzen mit sehr schmalem Warzenhofe. Die äusseren Genitalien waren normal, das Hymen imperforirt, im Fornix vaginae fand sich eine kleine Oeffnung, in die die Sonde $^1/_2$ Zoll tief eindrang; bimanuell fühlte man eine kleine, erbsengrosse, elastische Verdickung, gegen die die Sonde vordrang; Ovarien und Tuben wurden nicht gefühlt; die Lig. sacrouterina waren vom Rectum aus deutlich zu fühlen, sie endeten dicht an der erwähnten Resistenz.

4) Doran: *Acardiacus mylacephalus.* (p. 209.)

Ein Körper mit mangelhaft entwickelten Gliedern und nachweisbarem, aber rudimentärem Herzen. Dieses war angedeutet durch eine leichte Anschwellung der einzigen Stammarterie. Die Nieren waren vorhanden, der Intestinaltractus kurz und rudimentär.

5) Giles: *Ein Fall von Uterus didelphys mit Bemerkungen über den klinischen Werth dieser Missbildung.* (p. 300.)

Es handelte sich um eine 31jähr. Frau, die, immer normal menstruirt, einen Abort und eine normale Entbindung durchgemacht hatte und wegen Prolapserscheinungen Hülfe suchte. Aus der Vagina ragte ein Wulst hervor, der sich der hinteren Scheidenwand entlang nach oben erstreckte, in den unteren Partien 3 Zoll hoch war und nach oben niedriger wurde. 3 Zoll von der Vagina entfernt fehlte ein Theil dieses Septum, das weiter oben wieder begann und im Scheidengewölbe als dünnes Band endete. An jeder Seite fand sich ein Muttermund, der linke mit den Spuren der überstandenen Entbindung, der rechte virginell. In jeden drang die Sonde, $2^1/_2$ Zoll tief nach rechts, $2^3/_4$ nach links, leicht ein; beide Uterushälften waren getrennt und seitlich divergirend. Die beiden Uteruskörper waren bimanuell deutlich getrennt zu fühlen und unabhängig zu bewegen, die Ovarien waren normal. Die Frau wurde durch Excision der fleischigen Brücke von ihren Beschwerden befreit.

Im Anschlusse hieran giebt G. eine Uebersicht über ähnliche Fälle aus der Literatur und theilt sie in 5 Gruppen ein: 1) Fälle von Hämatometra oder Pyometra in einer Hälfte (5 Fälle), 2) Schwangerschaft in einer Hälfte (8 Fälle), 3) abwechselnde Schwangerschaft in beiden Hälften (2 Fälle), 4) Fälle ohne Complikation mit Schwangerschaft oder Retention von Menstrualprodukten (6 Fälle), 5) Fälle, die zufällig bei der Sektion gefunden wurden (4 F.). Von den 21 Frauen der ersten 4 Gruppen waren 15 verheirathet und 14 schwanger. 11 hatten normale Entbindungen, 3 Aborte durchgemacht. Diese 11 Frauen machten im Ganzen 16 Entbindungen durch, von denen 10 normal verliefen, 6 künstlich beendet wurden; 3mal gab die retrovertirte leere Hälfte ein Geburthindernis ab, 1mal das Septum.

In 4 Fällen waren beide Uterushälften gleich gross, 6mal war die rechte, 11mal die linke die grössere. Nur in einem Falle war die Vagina ungetheilt, in 6 Fällen war die eine Hälfte atretisch, in den übrigen waren beide Vaginae offen.

In einem Falle menstruirten beide Hälften getrennt; in den 8 Fällen von einseitiger Schwangerschaft fand sich 4mal eine Decidua in der nicht graviden Hälfte.

III. Gynäkologie.

1) Targett: *Schleimhautausguss aus der Vagina.* (p. 218.)

Der Ausguss stammte von einer Person, die von einem Kurpfuscher 10 Monate lang mit 50 Scheideneinlagen eines unbekannten Medikaments in Cylinderform behandelt worden war. Es handelte sich um einen vollkommenen Scheidenausguss und das Mikroskop wies die Bestandtheile der Schleimhaut nach.

2) Cullingworth: *Diffuses Uterusmyom.* (p. 143.)

Das Myom war dadurch ausgezeichnet, dass die Tumormassen nicht eingekapselt, bez. circumscript waren, sondern augenscheinlich nach Art einer malignen Neubildung die Muskelwand inficirt hatten. Trotz des Alters der Kranken von 55 Jahren war keine Menopause eingetreten und Pat. war durch heftigste Blutungen in die grösste Gefahr gebracht. Der Uterus maass $3^1/_2$ Zoll im vertikalen, $4^1/_2$ im transversalen Durchmesser, $3^1/_4$ Zoll von vorn nach hinten und $11^1/_2$ Zoll im Umfange.

3) W. Duncan: *Degenerirtes Myom.* (p. 147.)

Es handelte sich um ein Myom der hinteren Uteruswand und nach Erweiterung der Cervix wurde eine Austastung des Uterus vorgenommen. 17 Tage später trat Fieber ein, der Zustand der Kr. wurde ein sehr bedrohlicher und es musste die Laparotomie vorgenommen und der Uterus amputirt werden. Die Kr. genas.

4) Cullingworth: *Nekrotische Veränderungen in einem kleinen Uterusmyom bei einem jungen Individuum.* (p. 284.)

Bei einem 29jähr. Mädchen mit Blutungen und Schmerzen fand sich ein orangegrosses weiches Myom der vorderen Uteruswand. Laparomyomotomie. Der Tumor hatte eine runde Form und wölbte sich in das Uterusinnere vor; er war stellenweise sehr weich und es liessen sich die weichen Massen herausdrücken, wodurch Hohlräume mit unregelmässigen Wandungen zurückblieben; kein übler Geruch, die Umgebung war gesund. C. betont, dass derartige nekrotische Vorgänge sowohl bei jungen Leuten selten sind, als auch nur selten an Stellen gefunden werden, die, wie hier, weder einem Drucke, noch einer Infektion von der Nachbarschaft her ausgesetzt sind.

5) Galabin: *Oedematöses Myom, complicirt mit Schwangerschaft.* (p. 286.)

Die Frau war $4^1/_2$ Monate schwanger und es liessen sich zwei Tumoren nachweisen, von denen man den linken für den schwangeren Uterus hielt, und den rechten, um das Doppelte grösser und weicher für ein Kystom; da der rechte Tumor sich in 3 Wochen um das Doppelte vergrösserte, wurde die Laparotomie vorgenommen und es fand sich ein ödematöses Myom der vorderen Uteruswand; dahinter lag der Foetus, doch war der Uterus so um seine Achse gedreht, dass der Tumor nach rechts zu liegen kam. Die Placenta sass so tief wie eine Placenta praevia marginalis, auch hatte die Frau im 3. Schwangerschaftmonate Blut verloren.

6) Playfair: *Sarkom des Uteruskörpers.* (p. 200.)

Bei einer 52jähr. Frau, die 1 Jahr lang nicht mehr menstruirt war, traten starke Blutungen auf und wurde bei der Austastung ein pflaumengrosses Myom im Fundus nachgewiesen. Das ganze Endometrium war rauh, als wenn Gries unter der Schleimhaut läge; mit der Curette liess sich nichts entfernen. Da die Blutung nicht nachliess: Totalexstirpation. Es fand sich ein frisches Spindelzellensarkom.

7) Playfair: *Carcinomatöser schwangerer Uterus.* (p. 198.)

P. vertritt den Standpunkt, dass bei Uteruscarcinom nur die Totalexstirpation, nicht die hohe Amputation die richtige Operation sei, besonders nachdem nachgewiesen wurde, dass das Cervix-

carcinom nicht immer nach unten, sondern auch nach oben wächst. Dieses beweist auch sein Fall, in dem es sich um ein orangegrosses fungöses Cervixcarcinom handelte.

Obwohl die Kr. an Monate langen schweren Blutungen gelitten hatte, enthielt der Uterus ein Ei aus dem 2. Monate. P. beobachtete dabei, dass aus dem exstirpirten Uterus durch nachträgliche Contraktion das Ei durch die Incision hindurch ausgestossen wurde.

8) G. F. Blacker: *Uterusfibrom und Cervixcarcinom.* (p. 213.)

Das von einer Sektion stammende Präparat ist deshalb von Interesse, weil 8 Jahre vorher bei der Frau eine doppelseitige Castration vorgenommen worden war; es hatte sich um ein grosses Myom mit starken Blutungen gehandelt, die Blutungen hörten auf, der Tumor schrumpfte und die Kr. erholte sich. Nach 8 Jahren kam sie wieder in Behandlung mit einem die Symphyse um $2^1/_2$ Zoll überragenden Myom und einem Carcinom der Cervix. Vor der beabsichtigten Operation starb die Frau an Bronchitis. Es fanden sich im hinteren Theile des Fundus ein subperitonäales und in der vorderen Wand zwei verkalkte Myome und in der vorderen Cervixlippe ein flaches Carcinom.

9) Lewers: *Supravaginale Amputation bei Cervixcarcinom.* (p. 201.)

L. bespricht 6 Frauen, bei denen er wegen Cervixcarcinom die hohe Amputation gemacht hatte und die 8, 7, 5, 5, 2 und beinahe 2 Jahre recidivfrei waren. Bei im Ganzen 49 radikalen Operationen wegen Uteruscarcinom hatte er 3 Todesfälle, bei 26 supravaginalen Amputationen keinen, bei 23 Totalexstirpationen (5 wegen Corpuscarcinom) 3. Von den 26 Amputationen waren 3 unvollkommene Operationen und in 1 Falle war die Diagnose Krebs nicht sicher; von den anderen Frauen sind 18 vor länger als 2 Jahren operirt und blieben 6 recidivfrei. Nach den 23 Totalexstirpationen ist nur 1 Kranke länger als 2 Jahre ohne Recidiv geblieben. L. erklärt diesen Umstand damit, dass in den Fällen, in denen er die Totalexstirpation vornahm, das Carcinom überhaupt schon weiter vorgeschritten war als bei den Amputationen, und ist der Ansicht, dass ein Carcinom, bei dem eine hohe Amputation keinen Erfolg mehr haben kann, auch für die Totalexstirpation keine günstigen Chancen bietet.

10) Cullingworth: *Gestieltes Fibromyom des Ligamentum latum mit Stieldrehung.* (p. 222.)

Der Tumor war vor 5 Jahren zum 1. Male in der Grösse eines Criquetballes entdeckt worden und hatte häufige Schmerzanfälle verursacht. Er war durch einen kurzen dünnen Stiel an der hinteren Fläche des rechten Lig. latum befestigt, $^1/_2$ Zoll vom Ovarium entfernt und nicht im Zusammenhange mit dem Uterus, den Tuben, dem Lig. ovarii und rotundum. Der Stiel war $1^1/_2$mal gedreht, die Aussenfläche des Tumor entzündet und frisch verwachsen. Mikroskopisch erwies er sich als reines Fibrom.

11) Remfry: *Ovariotomie bei Frauen über 80 Jahren.* (p. 155.)

R. entfernte bei einer 83jähr. Frau in Aethernarkose eine grosse Ovarialcyste und die Frau machte eine glatte Reconvalescenz durch. Im Anschlusse an seinen Fall giebt er eine Zusammenstellung von im Ganzen 10 Fällen, in denen Frauen über 80 Jahre einer Laparotomie wegen Ovarialcysten unterzogen wurden und die alle glatt genasen.

12) Cullingworth: *Pyosalpinx.* (p. 2.)

C. entfernte eine eiterhaltige linke Tube, die 6 Zoll vom uterinen Ende einen Durchmesser von 1 Zoll aufwies und in eine Höhle von $4^1/_2 : 2^1/_2$ Zoll Weite führte. An der Stelle, wo die Tube der Rectalwand anlag, fand sich im Rectum eine kleine Fistel, aus der sich vor der Operation Eiter per rectum entleert hatte. Diese Fistel wurde bei der Operation nicht weiter berücksichtigt, auch nicht drainirt. Glatte Genesung. C. ist der Ansicht, dass sich solche Fisteln, falls sie nicht tuberkulöser oder maligner Art sind, immer von selbst schliessen. Interessant in dem Falle war die Länge des latenten Stadium, denn wahrscheinlich war die Infektion 14 Jahre vor der Operation erfolgt.

13) Duncan: *Dilatirte Tuben und cystische Ovarien.* (p. 150.)

Bei einem 19jähr. Mädchen, das einen Typhus überstanden hatte, fand sich der Uterus retroflektirt, fixirt und beide Adnexe waren angeschwollen. Bei der Operation fanden sich feste Adhäsionen, beide Tuben fingerdick und die Ovarien wallnussgross, cystisch entartet. Die Tuben waren nicht in direkter Communikation mit den Ovarien, doch lag nur eine dünne Wand von $^1/_{14}$ Zoll Dicke dazwischen.

14) Duncan: *Doppelseitige Pyosalpinx, Extrauterinschwangerschaft vortäuschend.* (p. 291.)

Bei der Kr., die unregelmässig menstruirt war und an Schmerzanfällen gelitten hatte, war der Uterus weich und vergrössert, im linken Lig. latum eine elastische Anschwellung. Diagnose: Extrauterinschwangerschaft. Bei der Operation erwies sich der Uterus von der Grösse des 3. Schwangerschaftsmonats, beide Tuben zu Pyosalpinxsäcken verändert. Bei der Abbindung kam Eiter in die Bauchhöhle, Auswaschung, Drainage. Am 3. Tage nach der Operation Abort. Genesung.

15) Inglis Parsons: *Ueber die Alteration organischer Gewebe durch hochgespannte Ströme.* (p. 124.)

Wegen der Einzelheiten der interessanten Arbeit muss auf das Original hingewiesen werden. P. kam bei seinen Studien über die Behandlung maligner Krankheiten durch unterbrochene Volta'sche Ströme zu der Ansicht, dass die Elektricität dann in Frage kommt, wenn man mit dem Messer nicht mehr auskommt, und zur Zerstörung der Recidive, und dass ihre Anwendung dadurch eingeschränkt wird, dass man so starke Ströme, wie sie zur Zerstörung einer Neubildung nothwendig wären, nicht anwenden kann. P. konnte an Mikrophotographien nachweisen, dass organische Gewebe durch Ströme ohne fühlbare Hitze oder Brennwirkung wesentlich alterirt werden, dass Volta'sche Wechselströme mehr wirken als constante, dass aber nicht in allen Fällen das gewünschte Resultat auf lebende Zellen (Atrophie) erzielt werden kann, weil man wegen zu starker Hitzewirkung an den Polen die Stärke der Ströme nicht zu sehr vermehren darf. Münchmeyer (Dresden).

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 263. 1899. № 3.

A. Auszüge.

I. Anatomie und Physiologie.

353. **Beiträge zur Anatomie des Uterus von Neugeborenen und Kindern**; von F. von Mandach in Bern. (Virchow's Arch. CLVI. 1. p. 94. 1899.)

Die im pathologischen Institute in Bern vorgenommenen Untersuchungen bezogen sich auf 80 Gebärmütter, 13 von Neugeborenen, 25 aus dem 1., 15 aus dem 2. Jahre, die übrigen vom 3. bis 16. Jahre. Der nächste Zweck war, die Verhältnisse des Wolff'schen Ganges festzustellen. Neben dem mit einem Lumen versehenen Gange findet sich ein solider Strang von Muskelfasern in Halbmondform. Links obliterirt der Gang frühzeitig, v. M. fand ihn deshalb rechts in allen Fällen, links nur in 31. Er bestätigt Rieder's Angaben, dass der Gang gewöhnlich vom Rande des unteren Theiles des Gebärmutterkörpers beginnt innerhalb der Randgefässe, beim Uebergange in den Gebärmutterhals kommt er medialwärts von den grossen Gefässen zu liegen, dann durchbricht er in spiraliger Drehung die Gebärmuttermuskulatur von oben aussen nach unten innen. Das obere Ende liegt sehr häufig in der Mitte zwischen innerem Muttermunde und Gebärmuttergrunde. Im Gebärmutterhalse liegt der Gang seitlich, etwas nach vorn vom Halskanale, im unteren Theile diesem genähert. Nur 3mal konnte v. M. den Gang in der seitlichen Scheidenwand bis zu seinem Ende dicht unter das Vaginaepithel verfolgen. Das Epithel des Ganges war meist gut erhalten, und zwar einschichtig in der ganzen Länge des Kanals, nur in 2 Fällen fand v. M. in dem in der Scheide gelegenen Theile zweischichtiges Epithel. Cilien hat er nie gesehen. Die Muskelschicht besteht aus zwei Längsschichten und einer dazwischen liegenden Ringmuskelschicht. Die Anordnung der Muskulatur und die Nebenlumina des Wolff'schen Ganges, die sich im Gebärmutterhalse finden, bespricht v. M. ausführlich.

In zweiter Linie beschäftigt sich v. M. mit dem Verhalten der Gebärmutterschleimhaut. Die Schleimhautdrüsen waren in allen Fällen im Gebärmutterhalse gut entwickelt, im Gebärmutterkörper dagegen nur sehr schwach bei Neugeborenen und bis zum Alter von 5 Jahren, zwischen 5 und 10 Jahren nicht vollständig, darüber hinaus meist vollständig. Einige Male fand M. cystische Erweiterung der Drüsen, ein einziges Mal eine Absprengung von Schleimhautstückchen (kleine cystische Höhle, mit Cylinderepithel ausgekleidet) in der Gebärmuttermuskulatur. An der Portio sah er wiederholt Fortsätze des geschichteten Epithels in die Tiefe dringen. Die bekannten Befunde Fischel's (das angeborene histologische Ektropium) konnte v. M. bestätigen. In 35 Fällen waren endlich polypöse Bildungen in der Gegend des inneren Muttermundes vorhanden (Fortsetzungen der Plicae palmatae). J. Praeger (Chemnitz).

354. **Zur Anatomie und Genese der doppelten Gebärmutter**; von Dr. Ludwig Pick. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 596. 1899.)

Durch abdominale Totalexstirpation entfernte L. Landau einen Uterus duplex myomatosus, der ganz einem früher beschriebenen Falle entspricht (Jahrbb. CCLVI. p. 47).

Ein fast mannskopfgrosses Fibromyom schiebt sich von vorn her zwischen die gleichmässig ausgebildeten hyperplastischen Corpora zweier Gebärmütter, deren symmetrische und hyperplastische Cervices gleichfalls durch ein dickes fleischiges Septum gesondert sind. Ob primär ein Uterus septus oder bicornis vorlag, ist nicht mehr zu entscheiden, da das Septum der Corpora in toto in der Geschwulstbildung aufgegangen ist. Auffallend an beiden Präparaten ist die Stellung der Plicahauptleisten. Die vorderen Plicae sind wie die hinteren der

Frontalebene genähert, die ersteren bleiben etwas ventral, die letzteren dorsal von ihr. Es liegt somit eine Drehung der Müller'schen Fäden um die Längsachse vor, die entschieden aus der Embryonalzeit stammt. Hervorgerufen wurde dieser Bildungfehler durch jene Muskelverdickung, aus der als embryonalem Keime das Myom hervorgegangen ist. Er war die Ursache, dass die Müller'schen Fäden sich nicht zu einem einfachen Uteruskörper vereinigen konnten. Es ist somit in diesen beiden Fällen durch das Myom, bez. seinen Keim und durch die sekundäre Torsion der Müller'schen Fäden eine mögliche Ursache für die Entstehung der doppelten Gebärmutter festgestellt. Wir besitzen fortan bei Uterusdoppelbildungen, insbesondere bei beiderseits gleichmässiger Entwickelung, in der Stellung der Plicahauptleisten (bei Scheidenverdoppelung auch in der Stellung der Columna rugarum) einen Index, um derartige embryonale Längsdrehungen der Müller'schen Gänge festzustellen und den Drehungwinkel direkt zu messen. Je nach der Art dieser Lageveränderung hat man Doppelbildungen mit embryonaler Längsrotation der Müller'schen Gänge und solche mit embryonalen dorsoventralen Transpositionen der Müller'schen Gänge zu unterscheiden. Als Drittes bleiben Doppelbildungen ohne embryonale Längsrotation oder dorsoventrale Verschiebung übrig. Brosin (Dresden).

355. **Studien zur normalen und pathologischen Anatomie der Placenta**; von R. Kossmann in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 1. p. 224. 1898.)

In diesem ersten Abschnitte seiner Arbeit schildert K. unter Zuhülfenahme vorzüglicher Photogramme die Entwickelung der Placenta beim Kaninchen. Besonders ist es die Entwickelung des Syncytium aus dem Uterusepithel, die er Schritt für Schritt verfolgt. Die Cylinderepithelien zeigen eine Wucherung und Vermehrung der Kerne, ihre Grenzen verwischen sich, ihr Protoplasma bildet Vacuolen und beginnt, Farbstoffe festzuhalten. In den Kernen geht das Chromatinfadengerüst zu Grunde, sie nehmen bei der Tinktion eine diffuse Färbung an. Die Eiblase verklebt mit dem der Membranen entbehrenden zähflüssigen Protoplasma. Diese Verklebung erfolgt entsprechend den Längsleisten der Uterusschleimhaut und einer Einstülpung der Eiblase am Orte der Keimscheibe nicht in Form eines geschlossenen Ringes, sondern in der eines Hufeisens. Im Bereiche der Anheftungzone ist das Ektoblast mehrschichtig und bildet warzenförmige Auswüchse. Nirgends steht das Ektoblast mit der Bindegewebeschicht der Mucosa in direkter Berührung, überall liegt zwischen beiden eine Syncytiumschicht. In die warzenförmigen Auswüchse des Ektoblastes dringen die Gefässstämme der Allantois ein, die so entstehenden Zotten tragen nur noch an ihren Spitzen ein mehrfaches Lager der Ektoblastzellen, überall jedoch grenzt ihr ein- oder mehrschichtiger Ektoblastüberzug an eine Schicht Syncytium.

Im Bindegewebe der mütterlichen Schleimhaut quellen die Zellen zu epitheloiden Gebilden auf. Zunächst geschieht dies in der Umgebung von Capillaren, die alsdann mit Epithelscheiden umsäumt erscheinen, später geht das gesammte Zwischengewebe diese Umwandlung ein. Nur nahe am Syncytium fehlt die Gefässscheidenbildung und es bereitet sich hier ein Durchbruch der Capillaren in die Hohlräume des Syncytium vor.

Nach dieser Darstellung unterzieht K. die einschlägliche Literatur einer historisch-kritischen Würdigung und bekämpft die entgegenstehenden Behauptungen. Wie weit diese Befunde beim Kaninchen für die Lehre von der menschlichen Placentabildung zu verwerthen sind, wird später erörtert werden. Brosin (Dresden).

356. **Ueber den Placentarsitz**; von Karl Holzapfel in Erlangen. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 288. 1898.)

H. wandte für seine Untersuchungen folgendes Verfahren an: Nach Reinigung der mit den Eihäuten ausgestossenen Placenta wurde der Eihautriss mit Klammern geschlossen und der Eisack durch eine schräg die Placenta durchbohrende Kanüle in einem Wasserbehälter mit Wasser angefüllt. Das so entstehende Eisackbild entspricht nach H. der Gestalt des Uterus.

Aus dem Eisackbilde lassen sich die Höhe, der mehr oder weniger seitliche Sitz des Fruchtkuchens mit Sicherheit erkennen. Dagegen lässt sich nicht immer feststellen, welches die vordere und welches die hintere Fläche ist. In zweifelhaften Fällen muss die innere Untersuchung entscheiden, ob die Placenta mehr vorn oder hinten sich befand. H. empfiehlt hierfür als am unschädlichsten und sichersten die Untersuchung der Placentastelle am 8. bis 10. Wochenbetttage.

Den Sitz der Placenta bestimmte H. nach 107 Eisackbildern und fasst die wichtigsten Punkte seiner Beobachtungen im Folgenden zusammen: „Eine genaue Bestimmung der Lage der Placenta ist nur durch Autopsie von Schwangeren und Kreissenden oder mit Zuhülfenahme des Eisackbildes möglich. Die anderen bisher geübten Verfahren sind theils ungenau, theils ganz unzuverlässig. Das Eisackbild entspricht im Wesentlichen der Gestalt des hochschwangeren Uterus. Die Placenta sitzt überwiegend häufig an der vorderen oder hinteren Wand, meist mehr nach einer Seite hin, zuweilen umgreift sie etwas den Fundus oder eine Seitenkante. Des Oefteren wird eine Tubenmündung von der Placenta überlagert, erheblich seltener ist der rein seitliche Sitz, noch seltener die Placenta praevia oder der Sitz im Fundus. In weitaus den meisten Fällen liegt der Mittelpunkt der Placenta in der oberen Uterushälfte. Abgesehen von ausgesprochenem Tiefsitz haben die Höhenunterschiede in der Lage der Placenta keinen Einfluss auf den Verlauf der Geburt."

In einem weiteren Abschnitte seiner Arbeit behandelt H. das Verhältniss der Anhänge zum Placentasitz und die Tubeneckenplacenta. Die Ergebnisse sind in folgenden Sätzen zusammengefasst: „In der Mehrzahl der Fälle besteht ein Zusammenhang zwischen der Placentastelle und

den Anhängen im Sinne Bayer's und Leopold's. In diesen kann aus dem Verlaufe der Lig. rotunda, selten der Tuben, die Lage der Placenta vorher bestimmt werden. Leopold und Palm haben die Häufigkeit dieses Zusammenhangs überschätzt. Die Höhe des Placentasitzes lässt sich aus der Höhe des Ligamentenansatzes nicht bestimmen. Die Tubeneckenplacenta bedingt meist keine abweichende Gestalt des Uterus. Breiter Fundus mit Sattelung weist entweder auf Tubeneckenplacenta oder Uterus arcuatus hin. Eine Unterscheidung ist am schwangeren oder kreissenden Uterus nicht möglich. Die Tubeneckenplacenta ist nicht überwiegend häufig eine Marginata, sie bedingt keine besonderen Geburtstörungen und ist deshalb abwartend zu behandeln."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

357. **Ueber grosszellige deciduazellenähnliche Wucherungen auf dem Peritonaeum und den Ovarien bei intrauteriner Schwangerschaft**; von S. Kinoshita in Kioto. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 5. p. 500. 1898.)

An 11 Schwangeren, die im Leipziger pathologischen Institute zur Sektion kamen, konnte K. die bekannten Befunde Schmorl's bestätigen. Die deciduaähnlichen Veränderungen auf dem Bauchfelle sind ein constanter Befund bei uteriner Schwangerschaft, besonders in deren 2. Hälfte. Schmorl und K. haben sie schon im 5. Monate gesehen, wahrscheinlich kommen sie aber schon früher vor. Die Zellen gleichen denen der uterinen Decidua, sind wie diese an Gestalt und Grösse verschieden; sie sind bindegewebiger Natur. K. sieht die Veränderung als einen Theil der Hypertrophie und Hyperplasie des Uterus an. Sie tritt nur an bestimmten Stellen auf, wo die Spannung geringer ist, so in der Excavatio recto-uterina und am unteren Ansatze der Lig. lata. Auf den Ovarien ist sie mit blossen Augen schwer zu erkennen. Ihre Ausdehnung und Deutlichkeit sind verschieden. In einem Falle fand K. sie auch auf der vorderen Uterusfläche. Das erste Auftreten der Veränderung ist für die 1. Hälfte der Schwangerschaft anzunehmen, die Rückbildung fällt mit der Rückbildung der Gebärmutter im Wochenbette zusammen.

K. erwähnt noch, dass er in einem Falle in der linken Seite der Excavatio uterina ein hanfkorngrosses Zottchen unter dem Endothel fand. Es enthielt einen Hohlraum, ausgekleidet mit cylindrischem Flimmerepithel. An den Eierstöcken war in diesem Falle keine Veränderung.

J. Praeger (Chemnitz).

358. **Bindegewebszellen des Ovarium in der Gravidität**; von Dr. Ferdinand Schnell in Würzburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 267. 1899.)

Bei der vergleichenden Durchsicht einiger Ovarien Erwachsener fand Sch. bei einigen Zellen in der Albuginea, die zunächst wegen ihrer Grösse und der Art ihrer Lagerung im Gewebe auffielen. Diese Zellen fanden sich nur in drei Ovarien, die einer Gravidität entstammten, nie in den übrigen aus einem schwangerschaftsfreien Intervall.

Zur weiteren Feststellung dieser eigenthümlichen Erscheinung untersuchte Sch. im Ganzen 31 Ovarien. Von den 20 Gravidität- oder Puerperalovarien fanden sich in 17 die erwähnten Zellen.

Es handelte sich um grosse, runde oder polygonale oder (was meist der Fall war) um lange, spindelförmige Zellen mit reichlichem Zellenleibe und einem Kerne, der in Grösse und Form im Allgemeinen in einem gewissen geraden Verhältnisse zum Zellenleibe zu stehen schien, indem er mit dem Zellenleibe entweder rund, bläschenförmig oder ovoid oder (was wieder meistens der Fall war) stäbchenförmig war. Diese Zellen fanden sich stets *nur in der Albuginea,* mehr oder weniger weit unter dem Keimepithel, ohne dass auch bei ganz oberflächlicher Lagerung sich das Keimepithel an dieser Bildung betheiligte.

Sch. nimmt zur Erklärung dieser Zellen an, dass es fixe Bindegewebezellen der Albuginea sind, die als eine „Fernwirkung" des „formativen Reizes" extra- oder intrauteriner Gravidität nur hypertrophiren, „zellig" werden, und zwar in dem Maasse, wie es die durch den mehr oder weniger hohen Grad gravider Durchtränkung und Auflockerung bedingte Oekonomie des Bodens erlaubt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

359. **Die Bedeutung der Eierstöcke für die Entstehung des Geschlechts**; von Prof. F. v. Winckel in München. (Deutsche Praxis 8. 1898.)

v. W. theilt eine sehr interessante Beobachtung mit, die den sicheren Beweis für die Unrichtigkeit der seiner Zeit von Seligson (Willkürliche Zeugung von Knaben und Mädchen. München 1895) aufgestellten Behauptungen liefert. Seligson behauptet: „Jedes Ovarium enthält seine besonderen Keime, das rechte Keime für das männliche, das linke Ovarium solche für das weibliche Geschlecht. Jeder Hode sondere einen Samen ab, der verschieden sei je nach dem Hoden, aus dem der Same stamme. Der Same aus dem rechten Hoden diene vornehmlich dazu, um männliche, der aus dem linken, um weibliche Keime zu befruchten."

Einer 37jähr. Frau, die in regelmässigem Wechsel 4 Knaben und 5 Mädchen geboren hatte, wurde wegen eines vom linken Ovarium ausgehenden Tumor dieser Eierstock vollständig entfernt. Der rechte Eierstock wurde bei Gelegenheit der Operation vollkommen gesund befunden. In den auf die Operation folgenden 7¼ Jahren gebar die Operirte nun noch weitere 5 lebende Kinder, 3 Mädchen und 2 Knaben.

Bezüglich des Geschlechts der Kinder waren *vor* der Operation 55.5% Mädchen und 44.5% Knaben, *nach* der Operation 60% Mädchen und 40% Knaben. Es ergiebt sich hieraus, *„dass nicht blos von jedem Ovarium Eier zu beiden Geschlechtern entwickelt werden können,*

dass also die entgegengesetzte Behauptung von Seligsohn falsch ist, sondern dass auch bei diesem einen Falle bereits das Verhältniss der Geschlechter bei Existenz beider Ovarien demjenigen bei Vorhandensein des rechten Eierstockes allein *fast gleich* war".

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

360. **Zur Lehre von den sekundären Geschlechtscharakteren**; von Dr. Hugo Sellheim in Freiburg i. B. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 229. 1898.)

S. unterwarf zunächst 8 2—2½monatige *Hähne* gleicher italienischer Rasse von möglichst verschiedenartigem Gefieder der Castration. Die Hälfte der Thiere wurde bis über 1 Jahr nach der Operation genau beobachtet. Alle Veränderungen wurden durch vielfache Messungen controlirt und in Tabellen eingetragen. Auch das Benehmen der Thiere wurde genau verfolgt, so dass nicht leicht eine Umstimmung an ihnen entgehen konnte.

Bei der einjährigen Beobachtung dieser Kapaunen „traten im Aeusseren der Thiere Umstimmungen auf, die sich im Wesentlichen in einer Schrumpfung der Kämme, Bartläppchen und Ohrscheiben und in einer lebhafteren Entwicklung des Federkleides aussprachen. Die Castration beeinflusst also die sekundären Geschlechtscharaktere in ganz verschiedener Weise. Die einen in einer mehr regressiven, die anderen in einer mehr progressiven Weise; wieder andere, wie z. B. die Sporen, entwickeln sich bei Hahn und Kapaun annähernd gleich. Dem Huhne wird der castrirte Hahn durchaus nicht ähnlich."

In Analogie zu dem bekannten Einfluss der Castration auf die Stimmbildung bei den in ihrer Jugend verschnittenen Eunuchen, bez. Castraten fand S. auch, dass der Kehlkopf des castrirten Hahns an Grösse in allen Dimensionen zwischen dem des ausgebildeten männlichen und weiblichen Thieres steht. Die Castration beim jugendlichen Hahne beeinflusst nach S. überhaupt nicht nur seine sekundären Geschlechtscharaktere, sondern scheint auch in den Stoffwechsel und die Entwickelung seiner inneren Organe und seines Knochengerüstes einzugreifen.

Weiterhin stellte S. an 7 *Hennen* Untersuchungen an, von denen zur Zeit der Operation (Resektion des Legeschlauches als Ersatz der schwierigen und gefährlichen Entfernung des Eierstockes) zwei 4, drei 6—7 und zwei 12 Monate alt waren. Er fand, dass der allgemein angenommene lokale Einfluss der Resektion des Ovidukts auf den Eierstock nicht eintritt und dass man deshalb mit Unrecht von einer Castration spricht. Die sekundären Geschlechtscharaktere änderten sich nach der Operation nicht. Das Wachsthum der Kämme, Bartläppchen, Sporen und Steissfedern entsprach vollständig dem der gleichrassigen, gleichalterigen und unter gleichen Lebensbedingungen gehaltenen Controlhennen. Eine Zunahme wie beim Hahne war in keiner Weise vorhanden. Auch im Uebrigen traten im Federkleide und im Benehmen bei den operirten Thieren keine bemerkenswerthen Verschiedenheiten von den Controlhennen in Erscheinung. Sie liessen sich treten wie die anderen, insbesondere wurden Krähversuche nicht gemacht.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

361. **Phosphorsäure-Ausscheidung nach Castration**; von Fr. N. Schulz u. O. Falk. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 250. 1899.)

Curàtulo und Tarulli hatten nach Castration bei Hündinnen eine bedeutende Abnahme der Harnphosphorsäure beobachtet und nahmen, als durch die Castration bewirkt, eine bedeutende Retention der Phosphorsäure im Körper an. Bei Nachprüfung konnten Sch. und F. weder eine bedeutende Aenderung der Phosphorsäureausscheidung, noch eine Phosphorsäureretention constatiren.

V. Lehmann (Berlin).

362. **Ueber Missbildungen mit einfacher Nabelarterie**; von Dr. Bruno Wolff. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 635. 1899.)

Eine einfache Nabelarterie wird bei sehr verschiedenartigen Foeten und Neugeborenen gefunden, die dann meist auch sonst missgebildet sind. Diese Missgeburten gehören zu den verschiedensten Arten, und zwar sind es gewisse Gattungen von Monstren, bei denen fast regelmässig nur eine Nabelarterie vorhanden ist. Erstens sind dies Foeten mit Defekten der vorderen Bauchwand und sogenanntem Nabelschnurbruche, zweitens sind es Sirenen, bei ihnen bildet das Vorhandensein von nur einer Nabelarterie sogar einen constanten Befund, drittens ist bei den Acardiis das Fehlen der einen Nabelarterie nicht ungewöhnlich. Die Anomalie kann darin bestehen, dass eine der beiden Nabelarterien fehlt bei gleichzeitiger Hypertrophie der anderen, oder aber es fehlen beide normalen Nabelarterien und dafür tritt eine einfache Arterie aus der Aorta oberhalb ihrer Theilungsstelle, und es ist dieses Gefäss dann als eine aus der Embryonalzeit restirende Art. omphalomesaraica anzusehen.

Bei zwei von W. ausführlich beschriebenen Foeten mit einfacher Nabelarterie finden sich im 1. Falle: Grosser Nabelschnurbruch mit fast völliger Eventeration der Baucheingeweide; starke Verlagerung und Missbildung des Herzens; Aplasie und cystische Degeneration der Lungen; Verwachsungen der Baucheingeweide; Aplasie oder Fehlen der Nieren; Fehlen der Harnblase, sowie der inneren und äusseren Genitalien; Fehlen des Mastdarmes und des Anus; abnorme Kürze der Nabelschnur; Deformitäten des Knochensystems.

Im 2. Falle finden sich: Missbildung der Hände; mangelhafte Entwickelung des Beckens und der unteren Gliedmaassen, besonders der rechten; Aplasie der Harnorgane; rudimentäre Entwickelung der inneren weiblichen Genitalien; Fehlen des Mastdarmes, des Anus und der äusseren Genitalien.

Im ersteren Falle ist die einfache Nabelarterie als eigentliche Art. umbilicalis zu deuten, im letzteren Falle fehlen beide Umbilicalarterien und das vorhandene Gefäss entspringt unmittelbar aus der Aorta.

Brosin (Dresden).

363. **Ein Fall von Situs viscerum inversus und seine Deutung**; von A. Koller in Burghölzli. Aus dem anat. Inst. der Universität Basel. (Virchow's Arch. CLVI. 1. p. 115. 1899.)

Das von K. beschriebene Präparat entstammt einer 31jähr. Frau, die seit dem 1. Jahre an epileptischen Anfällen gelitten hatte. 2mal Lungenentzündung; nach einem heftigen Epilepsieanfalle war die Kr. 4 Wochen in der Irrenanstalt gewesen. Am 25. April 1897 wurde sie in einer Badeanstalt todt aufgefunden. Belästigende Symptome scheint die Frau von ihrem Situs inversus nicht gehabt zu haben, Linkshändigkeit war nicht vorhanden. Die Untersuchung des Präparates ergab, dass der Situs inversus ein vollständiger und regelmässiger war.

Die weiteren Untersuchungen K.'s ergaben Folgendes: Zur Deutung des Situs inversus geht man nach dem heutigen Standpunkte unseres Wissens am einfachsten von den Doppelbildungen aus. Die Behauptung Foerster's, dass Situs inversus regelmässig bei dem einen Foetus einer Doppelbildung vorkomme, ist nicht richtig. Doppelmissbildungen lassen sich durch experimentelle Eingriffe unmittelbar nach der Befruchtung auf verschiedene Weise und bei verschiedenen Thierspecies erzeugen. Den Doppelmissbildungen liegt eine abnorme Constitution der Geschlechtsprodukte oder eine störende Einwirkung verschiedener Art in den ersten Stadien nach der Befruchtung zu Grunde. Der Situs inversus totalis regularis lässt sich von einer symmetrisch gebauten Doppelanlage ableiten, bei der der Zwillingsbruder mit normalem Situs untergegangen ist.

J. Praeger (Chemnitz).

364. **Ueber congenitale Zwerchfellshernien**; von Dr. Ernst Schwalbe. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 1. 1899.)

Schw. beschreibt 4 Fälle von angeborener Verlagerung von Baucheingeweiden in die Brusthöhle. In dem einen Falle war ein die Baucheingeweide (ein Leberlappen, Magen, Milz, grösster Theil des Darmes) umhüllender Bruchsack vorhanden, in den übrigen 3 Fällen nicht. In letzteren lag 1mal rechtseitiger, 2mal linkseitiger Mangel des Zwerchfells vor, den Schw. im Sinne Waldeyer's als Hemmungbildung deutet. Die verlagerten Eingeweide waren bei den veränderten Entwickelungbedingungen in Bezug auf ihre Anheftung auf einer früheren Entwickelungstufe stehen geblieben und hatten in der Brusthöhle *keine Bandbefestigung* gefunden. Die Neugeborenen waren zwar ausgetragen, aber an *Lebensunfähigkeit* zu Grunde gegangen.

Radestock (Blasewitz).

365. **Ueber angeborenen Mangel, sowie Herkunft und Zweck der Kniescheibe**; von Dr. E. A. Wuth. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 900. 1899.)

W. beschreibt einen 35jähr. Mann aus einer Familie, in der das *Fehlen der Kniescheibe* erblich ist. Der sich bei allen männlichen Mitgliedern der Familie findende Defekt tritt bei dem Kr. zum mindesten in der 3. Generation auf. Bei keinem der erwähnten männlichen Verwandten war der Fehler mit irgend einer funktionellen Störung verbunden. Auch der von W. beobachtete Kr. lernte zur richtigen Zeit gehen; der Mangel der Kniescheiben wird ihm in keiner Weise unangenehm fühlbar. Im Gegentheile, er vermag die grössten Anstrengungen auszuhalten und ist leidenschaftlicher Reiter und Tourist.

Die Kniegelenksgegend ist bei dem Kr. vollkommen abgeflacht; sehr stark springt dagegen die Tuberositas tibiae vor. An dieser setzt sich die mächtige Quadricepssehne an und zieht geradlinig zwischen den Femurcondylen nach oben. Auch mittels *Röntgen*-Untersuchung lässt sich von der Patella keine Spur nachweisen. Die Prüfung der Funktion des Kniegelenkes ergiebt vollkommen normale Verhältnisse.

Auf Grund von entwickelungsgeschichtlichen und vergleichend anatomischen Untersuchungen tritt W. der Anschauung entgegen, dass die Patella ein Sesambein sei, entstanden in Folge der Reibung der Quadricepssehne auf den Femurcondylen. *Wahrscheinlich ist die Patella als ein ursprünglich olecranonähnlicher Fortsatz der Tibia aufzufassen.* „Wenn die Kniescheibe ein im gewissen Sinne in Rückbildung begriffenes Skelettstück darstellt, das seine eigentliche Rolle längst ausgespielt hat, so ist ihr gelegentliches Verschwinden auch da, wo sie sonst noch constant sich findet, nicht verwunderlich. Man wird aber daraus nicht schliessen können, dass die Kniescheibe nicht doch einen bestimmten Zweck zu erfüllen hat, wenn dieser auch nicht in der Richtung zu suchen ist, die man gewöhnlich annimmt. Am ehesten dürfte an eine untergeordnete Hebelwirkung zu denken sein, da die Erhaltung eines zu einer Kniescheibe umgebildeten Restes der für unsere Vorfahren supponirten Tibiaapophyse am besten durch eine zugleich mit der Abgliederung eingetretene Modifikation der ursprünglichen mechanischen Leistung verständlich wäre. In diesem Sinne würde auch die in unserem Falle vorhandene stärkere Ausbildung der Tuberositas tibiae zu verwerthen sein, die vielleicht als compensatorisch zu betrachten ist."

P. Wagner (Leipzig).

366. **Beiträge zu den Extremitätenmissbildungen.** *I. Defekte an der oberen Extremität;* von Dr. E. Pagenstecher. (Deutsche Ztschr. f. Chir. L. 5 u. 6. p. 427. 1899.)

P. beobachtete ein 17jähr. Mädchen, das rechterseits einen angeborenen Defekt fast des ganzen Vorderarmes, linkerseits einen Defekt der Ulna und des ulnaren Handtheiles hatte. Die genaueren Einzelheiten sind in der mit Röntgenbildern versehenen Originalarbeit nachzusehen. P. Wagner (Leipzig).

367. **Ueber eine primitive Form der Wirbelsäule des Menschen**; von E. Rosenberg. (Morphol. Jahrb. XXVII. 1. p. 1. 1899.)

Es handelt sich um eine Wirbelsäule vom Erwachsenen mit 26 präsacralen Wirbeln, an der R. durch sonstige Anzeichen der Primitivität feststellen konnte, dass ihre Form durch ein ungewöhnliches Zurückbleiben des proximalwärts gerichteten Umformungprocesses zu erklären sei. Bisher glaubte man, dass die Wirbelsäule mit 25 präsacralen Wirbeln die relativ primitivste sei, die beim Menschen vorkommen könne. Wenn jetzt eine noch primitivere Form anerkannt wird, so

muss man annehmen, dass die zum jetzt lebenden Menschen hinführende Formenreihe von denjenigen Formenreihen, die in den anderen jetzt lebenden Primaten ihre momentanen Endglieder haben, sich *früher* abgezweigt hat, als bisher angenommen wurde. Teichmann (Berlin).

II. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

368. **Zur Pathogenese der Blastomyceten**; von Dr. M. P. Uesczadimenko in Kiew. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 2. u. 3. p. 55. 1899.)

U. verimpfte Hefepilze auf Mäuse, Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen und Hunde. Wurde in die Bauchhöhle geimpft, so gingen die Thiere am 8. bis 12. Tage zu Grunde. Bei Ratten und Meerschweinchen war das Netz zusammengeklebt; zog man es auseinander, so erblickte man auf ihm erbsengrosse Knäuel, die sich dem bewaffneten Auge als aus weissen Blutkörperchen und runden Zellen, mit zwischenliegenden Hefepilzen bestehend zeigten. Aus allen Eingeweiden der Versuchsthiere konnte U. Reinsaaten von Hefepilzen entwickeln, was auf eine allgemeine Ausbreitung der letzteren schliessen liess. Beim Meerschweinchen rief die Impfung in die Bauchhöhle eiterige, verklebende Bauchfellentzündung hervor; die Aussaat dieses Eiters ergab Reinsaaten von Hefepilzen. Einspritzungen von Hefepilzen unter die Haut erzeugten Eiterbeulen; der Eiter enthielt viel Hefezellen, theils frei, theils von weissen Blutkörperchen aufgenommen. Die einzelnen Hefezellen waren sehr gross, viel grösser als die gezüchteten; viele von ihnen waren angeschwollen und zusammengeklebt; in letzterem Falle hatten sie eine gemeinsame Kapsel. Viele zeigten Zerfallserscheinungen, färbten sich schlecht und verwandelten sich in kleinere Körper von verschiedener Form, u. A. in sichelförmige Körper, wie sie in bösartigen Geschwülsten beschrieben sind.

Diese Beobachtungen ergaben, dass die Hefezellen bei Weitem nicht so unschädlich sind, wie Einige bisher glaubten, dass sich vielmehr unter ihnen *gefährliche Krankheiterreger* befinden, die z. B. auch *bei Eiterungen* eine Rolle spielen.

Radestock (Blasewitz).

369. **Ein Fall von Pyocyaneus-Septikämie mit complicirender Pyocyaneus-Endokarditis im Kindesalter**; von Dr. S. Blum in Graz. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 113. 1899.)

Am Tage vor dem Tode entstand bei einem mit ererbter Syphilis behafteten, $2^1/_2$monat. Kinde plötzlich ein Herzklappenfehler. Im *Blute* des nebenher an Durchfällen und Lungenentzündung leidenden Kindes waren an diesem Tage Eiterungerreger (Bac. pyocyaneus) nachweisbar.

Bei der Leichenöffnung fand Bl. die *zweizipflige Klappe* des vergrösserten und verdickten linken Herzens stark verdickt und mit leicht ablösbaren Faserstoffgerinnseln bedeckt, auch war ihr freier Rand mit kleinen *Wärzchen* besetzt. Milz und Leber enthielten reichliche Mengen der Spaltpilze. Letztere nahmen sowohl in Schnitten, als auch als Saaten die gewöhnlichen Anilinfarbstoffe an, entfärbten sich aber nach Gram.

Die kleinen Wärzchen bestanden aus Anhäufungen von Rundzellen, die mit zahlreichen Kurzstäbchen durchsetzt waren. Sogar mitten im Gewebe der Klappe fanden sich eingelagerte Kurzstäbchen.

Die mit dem vorgefundenen Spaltpilze vorgenommenen *Thierversuche* ergaben, dass er eine auffallend grosse Giftigkeit besass.

Der kranke *Darm* des in Folge ererbter Lues schwächlichen Kindes gab, wie Bl. annimmt, die *Eingangpforte* für die Spaltpilze ab, was um so naheliegender war, als nicht nur auf der Oberfläche der Darmschleimhaut, sondern auch in letzterer selbst bis zur Muskelschicht beträchtlich viele der vorbezeichneten Spaltpilze gefunden wurden. Radestock (Blasewitz).

370. **Pyocyaneusinfektionen bei Säuglingen**; von Prof. Escherich in Graz. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 117. 1899.)

Im Kinderkrankenhause zu Graz starben hintereinander einige schwächliche Säuglinge in Folge von Blutvergiftung durch den obengenannten Eiterungerreger. Die Ansteckung machte sich kenntlich durch *Durchfälle,* raschen *Verfall* und das besonders bemerkenswerthe Aufschiessen *blutgefüllter Blasen* auf der Haut; der Nachweis der Krankheiterreger gelang zwar nicht in allen Fällen, doch mehrfach in den Darmentleerungen.

Die *Ansteckung* ging aus von einem in den Krankensaal aufgenommenen Kinde mit einer schweren Form derselben Krankheit und erfolgte wahrscheinlich *durch die Luft.* Nach gründlicher Räucherung des Krankensaales (Lingner) blieben weitere Erkrankungen aus.

Radestock (Blasewitz).

371. **Ueber Staphylococcus pyogenes bovis**; von de Jong in Leiden. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 1. p. 13. 1899.)

Thierversuche, die de J. mit einem traubenförmigen, aus dem Eiter eines kranken Rindes gezüchteten Pilze anstellte, ergaben, dass der Spaltpilz weder Hunde, noch Kaninchen oder Meerschweinchen krank machte, mochte er ihnen unter die Haut, oder in Blutgefässe, oder in die Bauchhöhle eingespritzt worden sein. Wenn auch eine Impfung in die vordere Augenkammer beim Hunde entweder die Vereiterung des ganzen Auges oder eine eiterige Regenbogenhaut- und Hornhautentzündung zur Folge hatte und beim Kaninchen eine eiterige Regenbogenhautentzündung verursachte, so ging aus diesen Impfungen doch hervor, dass die *eiterungerregenden Eigenschaften* dieses Spaltpilzes *ausserordentlich gering* waren.

Hierin glich der Spaltpilz dem von Lucet beschriebenen Staphylococcus pyogenes bovis; ferner auch darin, dass er sehr gut auf den gewöhnlichen

Nährböden wuchs. Während indess Lucet gefunden hatte, dass der *Bodensatz* von Fleichbrühaussaaten seines Spaltpilzes festklebte, fand de J. diese Erscheinung bei seinem Spaltpilze *nicht*. Gleichwohl, hauptsächlich in Anbetracht der merkwürdig geringen Gefährlichkeit seines Spaltpilzes für gewisse Thiere, glaubt de J., dass sein traubenförmiger Eiterungerreger *sich mit* dem von Lucet beschriebenen *deckt*. Uebrigens vermuthet de J., dass der Pilz *für Rinder* keineswegs so harmlos, sondern im Gegentheil recht *gefährlich* ist.

Radestock (Blasewitz).

372. **Septikämie bei einem Seekalbe**; von Dr. G. Bosso in Turin. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 2 u. 3. p. 52. 1899.)

Aus dem Herzblute und dem Eiter einer an Blutvergiftung verendeten Robbe züchtete B. einen länglichrunden Spaltpilz von äusserst veränderlicher Form; während er im Blute der Robbe 2.7 μ lang und 0.9 μ dick war, maass er nach einigen Durchschickungen durch den Kaninchenkörper nur noch 1.7, bez. 0.5 μ. Sein Wachsthum auf den gewöhnlichen Nährböden war ein kümmerliches und schon nach 8—10 Tagen verlor er Ansteckungkraft und Lebensfähigkeit; am besten gedieh er in Brühe von Seekrebsfleisch.

Kaninchen und Meerschweinchen verendeten binnen 20—40 Stunden, nachdem sie Einspritzungen von diesem Spaltpilze unter die Haut erhalten hatten. Die verendeten Versuchsthiere zeigten sehr starke Röthung ihres Muskelfleisches, keine Ergüsse in Brust- oder Bauchhöhle, Blutüberfüllung der Nieren und Nebennieren, schwere Blutergüsse unter die Haut mit wässeriger Anschwellung und brandigen Herden, Ueberschwemmung des Blutes mit den eingeimpften Spaltpilzen.

Der Spaltpilz war (wie die Zerlegung der Robbe erkennen liess) durch Hautwunden eingedrungen; ob er aus dem Wasser stammte, konnte nicht festgestellt werden.

Radestock (Blasewitz).

373. **Experimentelle und bakteriologische Untersuchungen über das Puerperalfieber**; von Dr. Arnoldo Caselli in Genua. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 1. p. 5. 1899.)

Die an *Kaninchen* angestellten Versuche ergaben: 1) dass Eiterpilze (Streptokokken) von bedeutender Ansteckungkraft von einer Wunde der *leeren* Gebärmutter aus den Tod des Thieres bewirkten; 2) dass die Einführung derselben Eiterungerreger in die Gebärmutter trächtiger Thiere nicht nur die Unterbrechung der Trächtigkeit, sondern auch den Tod der Versuchsthiere herbeiführte; 3) dass sogar die Ansteckung von Schleimhautwunden der *Scheide* aus schnell tödtliche Erkrankungen hervorrief. Das *Hauptergebniss* der Thierversuche war aber 4) die Beobachtung, dass der vorerwähnte Kettenpilz in der Scheide dieser Thiere lange Zeit seine volle Ansteckungkraft behielt, so dass er in einem Falle noch *45 Tage* nach seiner Einbringung in die Scheide durch sein anlässlich eintretender Geburt erfolgendes Eindringen in Schleimhautwunden den Tod des Kaninchens verursachte.

Diese Thatsache *widerlegt* gründlich die Annahme, dass Eitererreger beim Aufenthalte in der Scheide ihre Schädlichkeit ganz oder grösstentheils einbüssen.

Radestock (Blasewitz).

374. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Venenthrombosen infektiösen Ursprungs**; von M. Jakowski in Warschau. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 1. p. 10. 1899.)

J. beobachtete 2 Erkrankungen des Dickdarmes, denen sich unter Fiebererscheinungen und schubweisem Auftreten mehrfache (4, bez. 2) Venenverstopfungen, hauptsächlich solche an den Beinen, anschlossen.

Obwohl im Blute der Kranken keine Spaltpilze nachzuweisen waren, erklärt J. die Blutaderverstopfungen so, dass durch die erkrankte Darmwand Spaltpilze und deren Giftstoffe gedrungen waren, die, in den Blutkreislauf gekommen, durch Ausübung eines Reizes zum Entstehen der Blutgerinnsel in den Adern führten.

Radestock (Blasewitz).

375. **Ueber die selbständige Phlebitis obliterans der Hauptstämme der Venae hepaticae als Todesursache**; von Prof. H. Chiari in Prag. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 1. p. 1. 1899.)

L. theilt 3 neue Fälle von entzündlicher Verstopfung der grossen Stämme der Lebervenen mit, die sämmtlich tödtlich verliefen. Er schliesst aus seinen Untersuchungen, dass diese Erkrankung keineswegs eine fortgeleitete, sondern dass sie eine selbständige, in der Regel tödtliche Krankheit syphilitischer Herkunft sei, ähnlich den syphilitischen Gefässerkrankungen der Hirnschlagadern (Heubner).

Radestock (Blasewitz).

376. **Zur Kenntniss der epitheloiden Umwandlung der Thymus**; von Dr. Lochte in Hamburg. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 1. p. 1. 1899.)

Die Brustdrüse eines 21jähr. Mannes, der an einer scorbutähnlichen Krankheit (Purpura septica) gestorben war, war auffallend gross, 25 g schwer, grauroth, von weicher Beschaffenheit und undeutlicher Drüsengewebezeichnung. Unter starker Vergrösserung bestand ihr Gewebe aus dichtgedrängten epithelartigen Zellen mit blassgefärbten eiförmigen Kernen. Zwischen diesen Zellen befand sich ein zartfaseriges Bindegewebe mit spärlichen spindelförmigen Zellen. An den Stellen, an denen das Bindegewebe stärker entwickelt war, sah man aber die gewucherten *epithelartigen Zellen* zu Zügen oder *Strängen* angeordnet, theils einzeln, theils in mehrfachen Lagen nebeneinander.

Zwischen den gewucherten Zellenmassen fanden sich spärliche Reste von jungem Bindegewebe mit vereinzelten Hassal'schen Körperchen. Die Zellen, die die Hassal'schen Körperchen bildeten, waren zum Theil von den neugebildeten epithelartigen Zellen nicht zu unterscheiden.

Bemerkenswerth waren besonders einzelne grosse epithelartige Zellen, die 2, 3 oder mehr Kerne enthielten. In jedem Gesichtsfelde liessen sich schon bei schwacher Vergrösserung 3—4 oder mehr derartige *Riesenzellen*, bez. mehrkernige Zellen nachweisen.

Nicht nur ein Theil der *Brustdrüse*, sondern die *ganze* hatte diese Umwandlung erfahren.

L. hält es für wahrscheinlich, dass die gefundenen Veränderungen in der Brustdrüse mit der scorbutähnlichen Erkrankung in Zusammenhang standen, da ja auch der 1897 von Lenhartz beschriebene Fall von akuter Leukämie bei einem 18jähr. Mädchen annähernd die gleichen Veränderungen in der Brustdrüse zeigte.

Radestock (Blasewitz).

377. **Ueber das Verhalten implantirter embryonaler Zellen im erwachsenen Thierkörper**; von Dr. Arthur Birch-Hirschfeld und Dr. Siegfried Garten. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 1. p. 132. 1899.)

Die Vff. brachten (mittels Einspritzung) fein zerzupftes Gewebe junger Embryonen in die Leber erwachsener Thiere (Ziegen, Kaninchen, Hühner, Salamander und Frösche) und erzeugten dadurch *geschwulstartige Neubildungen* von Knorpelgewebe in *Leber* und *Lunge* der Versuchsthiere.

Beim Huhn fanden sie nach Einpflanzung von Gewebe 1—5 Tage alter Embryonen nach Verlauf mehrerer Wochen die Entwickelung von *drüsenartigem Gewebe,* auch von *Epithel-* und *Farbstoffzellen* in der Leber. Die Versuche gelangen besonders gut, wenn die Vff. nach erfolgter Einpflanzung die Leber der Versuchsthiere durch öfter wiederholte Wärmeeinwirkungen (elektrisch) in einen Reizzustand versetzten.

Wenngleich die embryonalen Zellen, jede Gewebeart in ihrer Weise, im fremden Thierkörper *weiter wuchsen,* so war ihr Wachsthum doch nur ein *vorübergehendes:* Nach Wochen oder Monaten kapselte sich das eingepflanzte junge Gewebe ab; seine Knorpelbestandtheile verkalkten, seine knorpelige Grundmasse gerieth in Zerklüftung und schliesslich wurde die junge Geschwulst von Seiten des umgebenden Gewebes aufgesaugt.

Uebereinstimmend mit ähnlichen Versuchen anderer Forscher (Leopold, Zahn, Fischer) zeigten die Versuche, dass zwischen dem Wachsthume embryonaler und erwachsener Zellen erhebliche Unterschiede bestehen. Damit ist die Cohnheim'sche Lehre von der Entstehung der Geschwülste weder bewiesen, noch widerlegt; gleichwohl geben die Vff. zu, dass für viele Arten von Geschwülsten die Entstehung aus versprengten embryonalen Keimen im höchsten Grade wahrscheinlich ist. Radestock (Blasewitz).

378. 1) **Ueber Bau, Wachsthum und Genese der Angiome, nebst Bemerkungen über Cystenbildung**; von Prof. Ribbert in Zürich. (Virchow's Arch. CLI. 3. p. 381. 1898.)

2) **Ueber Lymphgefässhypertrophie und Lymphangiom**; von Dr. M. B. Schmidt in Strassburg i. E. (Verh. d. Deutschen Pathol. Gesellsch. I. 1899.)

3) **Ueber die Natur und Genese der cavernösen Hämangiome der Leber**; von Dr. N. Brüchanow in Prag. (Ztschr. f. Heilkde. XX. 1. p. 39. 1899.)

1) Ribbert deutet die geschwulstartigen Bildungen der Blut- und Lymphgefässe von dem einheitlichen Gesichtspunkte, dass sie „selbständigen" Keimen von Gefässanlagen ihre Entstehung verdanken, die *gleichzeitig* mit Bindegewebe wuchern; die Entstehung durch Stauung oder Aehnliches weist er zurück. Zur Untersuchung dienten:

a) *Hautcavernome.* Die Gründe für deren Auffassen im obigen Sinne sind der *läppchenförmige Bau und die scharfe Abgrenzung gegen die anstossenden Gefässgebiete.* Capillarverbindungen sind weder durch direkte Beobachtung, noch durch Injektion in die Geschwulsträume hinein nachzuweisen. Das Angiom zeigt sich bei der Injektion mit seinen Arterien und Venen als ein vollkommen selbständiges Gefässgebiet und war wahrscheinlich vom Anbeginn ein solches.

b) *Leberangiome.* Die Aehnlichkeit solcher mit Capillarektasien in herdförmiger Abgrenzung gestattet nicht den Schluss auf die Identität beider Bildungen. Eine direkte Communikation der Bluträume des Angioms mit den anstossenden Lebercapillaren *besteht nicht,* wie auch Injektionversuche erweisen. Wenn Gefässe aus dem Angiom zwischen Leberzellen am Rande eindringen, so wachsen sie vom Tumor aus, gleichzeitig mit einem bindegewebigen Randsaum, vor, und können dann Lebercapillaren vortäuschen, sind aber mit solchen nicht in Verbindung. Die Leberzellen, die bisweilen innerhalb des Tumor gefunden wurden, liegen thatsächlich zwischen Tumorläppchen, sind also nicht als die Reste eines angiomatös gewordenen Leberbezirkes aufzufassen; auch findet sich keine Druckatrophie an ihnen. Der Füllungsgrad der Bluträume des Angioms ist stets bedeutender als derjenige der anstossenden Lebercapillaren. Wahrscheinlich sind auch die Leberangiome aus selbständigen, schon zu embryonaler Zeit angelegten Keimanlagen entstanden.

c) *Teleangiektasieen.* Bei ihnen bleibt die Injektionmasse gleichfalls auf das Tumorgebiet beschränkt. Von den Angiomen unterscheiden sich ihre Gefässbildungen durch die grössere Selbständigkeit beim Vorwuchern in die anstossenden Gewebe.

d) *Lymphangiome* (4 Fälle). An ihnen ist vor Allem die gleichzeitige Wucherung der bindegewebigen Wand neben derjenigen des Endothels bemerkenswerth; sie erscheint namentlich durch polypöse Vorwucherungen des Bindegewebes gegen das Lumen zu ausgeprägt. Das Bindegewebe wird offenbar nicht mechanisch durch gesteigerten Innendruck auseinandergedrängt, sondern vergrössert seinerseits das Lumen durch Einschiebung neuer Schichten. Das gewucherte Bindegewebe, das also als gleichwerthiger Bestandtheil zur Geschwulst gehört, grenzt sich deutlich gegen das übrige anstossende Bindegewebe ab. Dass die ganze Wucherung auf einer primären mechanischen Drucksteigerung im Lumen beruhe, hält R. für ausgeschlossen, weil dann namentlich auch die Endothelien durch den Druck geschädigt, nicht aber zur Wucherung angeregt werden könnten; ausserdem würden für eine unter höherem Druck stehende Lymphe immer Abflusswege offen stehen. Die Lymphangiome stellen Wucherungen primärer selbständiger Keime vor; die Lymphangiektasieen

gehen dagegen ohne Abschluss in die angrenzende Umgebung über.

Die *epithelialen* Cysten sind die Analoga der Lymphangiome. Würden sie durch erhöhten Innendruck in Folge gesteigerter Sekretion seitens der Epithelien entstehen, so müssten die Epithelien zwischen dem Sekret und dem Bindegewebe zuletzt „sich selbst erdrücken". Deshalb muss auch hier von Anfang an eine gleichwerthige, nicht eine sekundäre Bindegewebewucherung angenommen werden, und zwar nimmt R. bei den Retentioncysten als Ursache einer solchen z. Th. „denselben Umstand, der die Ganglumina verschliesst", z. Th. die durch die Injektion der Blutgefässe der Cystenwand erfolgende Spannung der letzteren an, während es sich bei den echten „fibroepithelialen" Geschwülsten, den geschwulstartigen Cysten, von vornherein um ein gleichzeitiges Wachsthum beider Gewebearten handelt.

2) Ebenso wie an den zuführenden Lymphgefässstämmen carcinomatös verstopfter Lymphdrüsen liess sich an den Lymphgefässen von Lymphangiomen eine deutliche *Hypertrophie der Muskelfasern* nachweisen; in mannigfacher Kreuzung lagen sie analog den Anordnungen an normalen Lymphgefässen zusammen, bisweilen bildeten sie nur Bündel an einzelnen Stellen der Wand; sie lagen bald dem Endothel unmittelbar an, bald mehr im Bindegewebe. In einem mächtigen cystischen Lymphangiom des Mesenterium glich die Innenfläche der Hauptcyste wegen der starken Muskelhypertrophie dem Trabekelsystem einer Harnblase. Diese Muskelhypertrophie ist auf eine *Drucksteigerung durch Lymphstauung* zu beziehen, d. h. also als *Arbeithypertrophie* aufzufassen. Gleichzeitig kommt ausser ihr auch eine Neubildung von Lymphcapillaren als Grundlage des Wachsthums des Tumor vor.

3) Brüchanow schliesst sich im Wesentlichen der Anschauung Ribbert's über die echte Geschwulstnatur der Leberangiome an und hebt hervor, dass die herdweise entwickelten Capillarektasieen der Leber, die eine gewisse Aehnlichkeit mit den Angiomen haben können, als *rothe Infarkte* ein ganz anderes Schicksal hätten. Auch B. fand nie (bei Serienschnittuntersuchungen zahlreicher Angiome) eine Communikation der Tumorgefässe mit den Lebercapillaren. Die Tumoren entwickeln sich immer *interlobular;* Injektionen in den Tumor hinein füllten die anstossenden Capillaren nicht; die Bluträume des Tumor selbst liessen sich nur von der Vena portae aus füllen, nicht von der Arterie. An manchen Tumoren ist noch eine periphorische Zone indifferenten vorwuchernden Gewebes zu erkennen, in das die Gefässräume des Angioms Sprossen entsenden. Die wichtigsten Aufschlüsse in dieser Beziehung gaben die multiplen Angiome, die bei einem *15 Wochen alten Kinde* in grosser Zahl in der Haut und der Leber gefunden wurden und in letzterer bis hühnereigross waren, während die kleinsten Exemplare sich nur mikroskopisch erkennen liessen.

Alle Lebertumoren waren im Wachsthumstadium und wiesen an der Peripherie Zonen indifferenten Gewebes auf. Die Grenze der Tumoren war immer sehr scharf. Untergehende Leberzellen konnten am Rande nicht gefunden werden, was B. mit sehr rascher Resorption der erdrückten Zellen zu erklären sucht. Dagegen fanden sich Gallengänge am Rande und auch im Inneren der Tumoren bisweilen reichlich erhalten, sogar in vollkommen abgeschnürten Stücken. Die Tumoren der Leber entsprachen in ihrem Bau genau denjenigen der Haut.

Im Uebrigen deuten die Ungleichmässigkeit der Bluträume in jedem beliebigen Leberangiom, ferner das Vorkommen von glatten Muskelzellen in den Trabekeln, namentlich bei jungen Tumoren, der alles normale Maass weit übersteigende Gehalt der Blutraumwände an elastischen Fasern und die Vasa vasorum in ihnen auf die Entstehung der Angiome als selbständige Geschwulstbildungen.

Beneke (Braunschweig).

379. **Ein Beitrag zur Lehre von den Lymphangiomen**; von Cand. med. Karl Kunsmüller. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 4. p. 385. 1898.)

K. hat ein von einem 8monatigen, an Scharlach verstorbenen Kinde stammendes grosses Lymphangiom untersucht, das am Boden der Mundhöhle sass. Auf Grund des mikroskopischen Befundes schliesst er sich der Ansicht von Ribbert an, nach der die Neubildung und Wucherung des Bindegewebes bei der Entstehung der Lymphangiome den wesentlichsten Antheil hat. Das neugebildete Bindegewebe schob sich in den untersuchten Schnitten zwischen Muskelfasern ein, brachte sie zur Atrophie und bahnte auf diese Weise den sich gleichzeitig erweiternden Lymphgefässen den Weg. Brückner (Dresden).

380. **Ein behaarter Polyp des Rachens**; von Prof. Stooss. (31. med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern während der JJ. 1896 u. 1897. p. 82. 1898.)

St. entfernte einem 6monatigen Mädchen aus dem Nasenrachenraum eine 3 cm lange und 1 cm breite Geschwulst, die mit Haut und Lanugohaaren bedeckt war. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Bedeckung aus Haut mit Haarbälgen und Talgdrüsen bestand. Darunter lag Fettgewebe und in der Mitte ein Strang quergestreifter Muskeln. St. fasst die Geschwulst mit dem Untersucher (Prof. Langhans) als einen Foetus in foetu auf. Brückner (Dresden).

381. **Leuco-sarcoma of the choroid; metastatic carcinoma of the choroid; three cases of glioma of the retina**; by G. de Schweinitz and J. D. Steele. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 3. p. 33. Jan. 1899.)

Der erste der von den Vff. mitgetheilten Fälle betraf einen 61jähr., kurzsichtigen Mann, der in Folge von Keuchhusten eine ziemlich ausgebreitete *Netzhautablösung* erlitten hatte. Bei der ersten augenärztlichen Untersuchung sahen die Vff. eine einfache Netzhautablösung vor sich, insbesondere glaubten sie das etwaige Vorhandensein einer Geschwulst hinter der abgehobenen Netzhaut ausschliessen zu dürfen, da die *Spannung* des Auges *nicht erhöht* war.

Dasselbe Auge musste nach Jahresfrist entfernt werden, da es in Folge einer Geschwulst erblindet war. Diese Geschwulst sass hinter der Netzhautabhebung und war ein der tiefsten Schicht der Aderhaut entstammendes Sarkom, das durch einen Riss der übrigen Aderhautschichten hindurchgewuchert und mit der Netzhaut verwachsen war.

Die weiter beschriebene Krebsgeschwulst fand sich im Auge einer 40jähr. Frau, der vor 6 Monaten die eine Brust wegen Krebses (Markschwammes) entfernt worden war, die aber bereits wieder rückfällige Knoten an derselben Stelle zeigte. Mit Krebszellen gefüllte kleine Gefässe fanden sich zwar in der Aderhaut, dem Hauptsitze der Krebsgeschwulst, nicht aber in der harten Haut.

Die übrigen 3 Geschwülste fanden sich bei Kindern und waren, wie gewöhnlich, aus der Netzhaut hervorgegangen; eine zeigte Blutgefässe als Mittelpunkt von Zellenschläuchen in der von J. Schöbl bei „*Cylindrogliom* der Netzhaut“ beschriebenen Weise.

Radestock (Blasewitz).

382. **Metastatic osteosarcoma**; by John H. Jopson. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 3. p. 47. Jan. 1899.)

Bei einem jungen Manne, dem vor Jahresfrist das linke Schlüsselbein wegen Knochensarkoms entfernt worden war, entwickelte sich im grossen Brustmuskel rechterseits, nahe am sehnigen Theile ein rückfälliger Geschwulstknoten (Knochensarkom), ohne dass der benachbarte Knochen erkrankt war. Radestock (Blasewitz).

383. **Epithelioma of the penis**; by John H. Jopson. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 3. p. 45. Jan. 1899.)

Ein 50jähr. Mann, der *erblich* zu Krebs *veranlagt* war und in Folge einer durch *Tripper* verursachten *Verengerung* an der Harnröhrenmündung daselbst eine gewaltsame Erweiterung hatte vornehmen lassen, erkrankte ungefähr 1 Jahr nach diesem *Eingriffe* an einem Krebsgeschwüre an der Harnröhrenmündung, das auf die Eichel übergriff und zur Absetzung des männlichen Gliedes nöthigte. Radestock (Blasewitz).

384. **Beitrag zur Casuistik der malignen Chorionepitheliome**; von Dr. Julius Steinhaus in Warschau. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 2 u. 3. p. 55. 1899.)

N. beschreibt eine echte Krebsgeschwulst, die sich nach einer Fehlgeburt aus der Eihaut (Chorionepithel) entwickelt hatte, sowie eine gleichartige, nach einem Wochenbette entstandene Geschwulst und knüpft hieran den Hinweis, dass in manchen Veröffentlichungen derartige Geschwülste fälschlicherweise als „Sarkome“ bezeichnet worden sind, da nicht nur die regelmässig gebauten Geschwülste mit der Langhans'schen Schicht echte, vom Eihautepithel ausgehende Krebsgeschwülste seien, sondern auch die weniger regelmässig gebauten, bei denen das Epithel der Eihaut seine eigenthümliche regelmässige Anordnung aufgegeben, bez. verloren hat und nur in Gestalt einzelner verstreuter Zellen auftritt. Radestock (Blasewitz).

385. **Gangrene of the lung and death; carcinoma of the oesophagus with perforation of the right bronchus**; by Joseph Mc Farland. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 4. p. 66. Febr. 1899.)

Mc F. beschreibt einen Fall von Krebs der Speiseröhre mit Durchbruch in die Luftröhre. An der Durchbruchstelle war die Geschwulst zerfallen; das Eindringen zerfallenen Krebsgewebes in die Lungen hatte Lungenbrand zur Folge gehabt. Unmittelbare Todesursache war eine starke Blutung aus der Durchbruchstelle.

Radestock (Blasewitz).

386. **Entgegnung auf einige Bemerkungen Lubarsch's über das Referat: Neuere Arbeiten über Carcinom**; von Prof. G. Hauser in Erlangen. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 2 u. 3. p. 49. 1899.)

H. betont nochmals, dass seines Erachtens das Wesen des Krebses in der *schrankenlosen Wucherung* des Epithels liegt und somit eine *Erkrankung des Epithels* ist, für deren Eigenthümlichkeit wir freilich eine greifbare Unterlage nicht besitzen.

Diese Entartung des Epithels erfolge wahrscheinlich in den meisten Fällen in dem noch *geschlossenen Epithelverband*, könne sich aber selbstverständlich auch gelegentlich an zuvor irgendwie *verlagerten Epithelien* einstellen.

Radestock (Blasewitz).

387. **Ueber die Zelleinschlüsse in Carcinomen und ihre Deutung als Blastomyceten**; von Dr. C. Sternberg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 554. 1899.)

Die Arbeit gipfelt in der Erkenntniss, dass wenn auch die Untersuchungen über die Erreger der malignen Tumoren vielleicht *den* Nutzen gehabt haben, dass sie zu eingehenderem Zellenstudium Veranlassung gegeben haben, sie uns jedenfalls der Erkennung der Aetiologie dieser Tumoren nicht um einen Schritt näher gebracht haben. Durch bestimmte Färbemethoden lässt sich der Nachweis für die parasitäre Natur der in den malignen Tumoren gefundenen Zelleneinschlüsse nicht erbringen, speciell die Gram'sche Färbung, sowie ihre ganz unwesentlichen Modifikationen von Sanfelice, Aievoli und Secchi dürfen gewiss nicht als specifische Färbungen bezeichnet werden. Der von Sanfelice eingeschlagene Weg, die Cultur eines pathogenen Blastomyceten Thieren einzuimpfen, hat noch zu keinem Ziele geführt, da die bis jetzt von Blastomyceten hervorgerufenen Processe keineswegs eine Form zeigen, die der anatomischen Bildung des Krebses oder des Sarkomes gleichkommt. Bis jetzt rufen Blastomyceten bei Menschen und Thieren Septikämie, Eiterung und chronisch entzündliche Neubildungen hervor nach Art von Granulationen. Die den Krebsgeschwülsten des Menschen bisher

entnommenen Blastomyceten haben nur gewöhnliche Entzündungen bei *den* Thieren hervorgerufen, die für krebsartige Neubildungen empfänglich sind.

H. Beschorner (Dresden).

388. **Ueber vermehrtes und endemisches Vorkommen des Krebses**; von Dr. Robert Behla. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 21. p. 780. 1898.)

B. weist zunächst darauf hin, dass nach zahlreichen ziffernmässigen Beobachtungen die Zunahme der Krebserkrankungen überhaupt nicht zu leugnen sei; ebenso zweifellos sei es, dass Krebs in 70 von 100 Fällen gerade Angehörige der besseren Stände befalle. Ein auffallend beständiges Vorkommen von Krebs beobachtete L. in der Kalauer Vorstadt des Ortes Buckau. Er hält es nicht für ausgeschlossen, dass das vermehrte Auftreten von Krebs mit dem häufigen Genusse *rohen* Gemüses, Salates und Obstes zusammenhängt.

Endlich wünscht B., dass die Arbeiten zur Erforschung des Wesens des Krebses allenthalben mit erneutem Eifer aufgenommen werden möchten, damit in die Krebsfrage endlich die gleiche Klarheit kommt, wie in die Schwindsuchtfrage.

Radestock (Blasewitz).

389. **Ueber cystische Eierstockstumoren endothelialer Natur**; von Dr. Georg Burckhard in Würzburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 2. p. 253. 1899.)

B. theilt das Ergebniss der genauen Untersuchung in 4 Fällen mit. In allen 4 Fällen handelte es sich um grosse cystische Tumoren der Ovarien, die nach dem klinischen Befunde als einfache Kystome erschienen, bei denen jedoch die mikroskopische Untersuchung die Entstehung aus Endothelien nachwies. In den 3 ersten Fällen waren es sogen. Endotheliome, d. h. Geschwülste, die aus dem Endothel der Blut- oder Lymphgefässe entstanden waren. Der 4. Fall ist dagegen als ein sogen. Peritheliom aufzufassen.

Beiden Geschwulstformen sind nach B. gemeinsam die Entstehung aus Endothelien und das Vorhandensein von zahlreichen Cysten; letztere sind an den Stellen, an denen die Geschwulst im Wachsen und in der Vergrösserung begriffen ist, also in den jüngsten Partien, noch deutlich und typisch mit Endothel in einfacher Schicht ausgekleidet. Ueberall da aber, wo die Geschwulst einen mehr soliden Charakter besitzt, *haben die Endothelien eine wesentliche Veränderung erfahren, und zwar nicht nur bezüglich ihrer Form, sondern auch bezüglich ihrer Anordnung.*

Auch in diesen Theilen der Geschwülste finden sich Hohlräume, ihre Auskleidung ist aber nicht mehr einschichtig, sondern an der Wand liegt eine mehrfache Lage geschichteter polygonaler Zellen, die sogar das ganze Lumen ausfüllen können und so Zellennester und Stränge bilden, die mit einem Carcinom leicht zu verwechseln sind und wohl auch verwechselt wurden, wenn man nicht an dem Bau der übrigen Geschwulsttheile die wahre Natur erkennen könnte. Genau ebenso verhält es sich mit den Metastasen, die dieselbe Veränderung der Zellenform und -anordnung aufweisen, so dass sie entschieden carcinomatös, bösartig erscheinen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

390. **Ueber das Vorkommen von ein- und mehrkernigen Riesenzellen und Riesenzellen mit Riesenkernen in endothelialen Geschwülsten.** *Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Uterusmetastasen und der Bedeutung des retrograden Transportes für deren Zustandekommen;* von Dr. Adolf Glockner in Genf. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 1. p. 73. 1899.)

Bei der Untersuchung eines Bruchsackes von einem Schenkelbruche, sowie einer mit bindegewebiger Kapsel umgebenen Fettgeschwulst aus dem Leistenkanale fand Gl. neben einkernigen Lymphgefässinnenzellen von mittlerer Grösse auch solche mit grösserem Zellenleibe, mit 2, 3 bis zu 10 Kernen, wirkliche Riesenzellen, die äusserste Grössen von 52 : 32, bez. 54 : 40 μ aufwiesen.

Bei 2 Endothelkrebsgeschwülsten fand Gl., dass die Riesenzellen grosse, scharfumschriebene Platten darstellten, deren Dicke zwischen 12 und 25 μ schwankte. Grösste Durchmesser von 120 μ waren nicht selten, eine Zelle hatte sogar den beträchtlichen Durchmesser von 176 μ bei etwa 20 μ Dicke des Zellenleibes.

Die Kerne waren zum Theil einfach, zum Theil zu mehreren, häufig waren indess 30—40 und noch mehr vorhanden. Sie stellten kugelige Gebilde dar, die sich sehr lebhaft und zierlich färbten.

Bezüglich der *Entstehung* der Riesenzellen nimmt auch Gl. an, dass sie durch eine lebhafte Kernvermehrung entstehen, mit der die Abtheilung des Zellenleibes nicht gleichen Schritt hält.

Endlich weist Gl. bei der Beschreibung mehrerer Gebärmutterkrebse darauf hin, dass der *Umkehrung des Lymphstromes* eine beachtenswerthe Bedeutung für die Verschleppung von Krebskeimen in die Gebärmutter zukommt.

Radestock (Blasewitz).

391. **Ein Endotheliom der Pleura und des Peritonaeums mit eigenartiger Ausbreitung in den Blutgefässen, namentlich der Leber und der Milz**; von Dr. L. Pollmann in Erlangen. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 1. p. 37. 1899.)

Ein 17jähr. Mädchen erkrankte an Schmerzen in einzelnen Gelenken, geringem Fieber, Milzschwellung und Hautblutungen. Die Krankheit führte unter starker Entkräftung binnen wenigen Monaten zum Tode. Die Leichenschau ergab: Krebsgeschwulst (Endotheliom) des linken Brustfells und des Bauchfells; gleichartige Geschwülste in Milz, Lunge, Darm, Netz und Haut, ausgebreiteter Endothelkrebs der Pfortaderverzweigungen der Leber; bluthaltiger entzündlicher Erguss in der linken Brusthöhle, verklebende Rippenfellentzündung des rechten oberen Lungenlappens. Linsengrosse Blutaustritte in

beiden Rippenfellen und im Bauchfelle; starke Blutarmuth.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte das Vorliegen eines echten Endothelkrebses der serösen Häute. Alles wies auf eine *echte Geschwulst* hin, von einer entzündlichen Umbildung vorgebildeter Epithelzellen konnte P. nichts bemerken. Die Geschwulstzellen wucherten in Form von *Strängen* oder Schläuchen meist zwischen den Fasern und Fäserchen des Bindegewebes, mitunter auch in den Blutgefässen und wahrscheinlich auch in den Lymphgefässen, wobei dann ebenfalls die Neigung zu *Schlauchbildung* hervortrat. In ihren Eigenschaften standen die Geschwulstzellen denen der Endothelzellen der Saftspalten und der Gefässe am nächsten. Unter dem Einflusse der Entzündung gingen sie eine den entzündeten Bindegewebezellen entsprechende Veränderung ein. Bei Eintritt von Blut in die Zellenschläuche zeigten die Geschwulstzellen die Form gewöhnlicher Gefässinnenhautzellen. Endlich beobachtete P., dass die Saftspalten- und Gefässinnenhautzellen, die von einwuchernden Geschwulstzellen getroffen wurden, dadurch in einen Reizzustand geriethen, der ein Anschwellen des Kernes und der Zellenmasse bewirkte. Sie wurden dadurch den Geschwulstzellen äusserlich gleich und erlangten vielleicht auch die Eigenschaften der Geschwulstzellen.

Radestock (Blasewitz).

392. **Ueber die fibrinöse Entzündung der serösen Häute, hervorgerufen durch Jodpräparate**; von Dr. C. Georgiewsky in Petersburg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXV. 3. p. 447. 1899.)

Versuche zur Lösung der Streitfrage, ob die bei akuter fibrinöser Entzündung sich an der Oberfläche der serösen Häute bildenden Membranen nur aus abgesetzten Fibrinmassen bestehen oder ob sich bei ihrer Bildung das angrenzende Bindegewebe in grösserem Maasse betheiligt, ergaben übereinstimmend, dass eine Antheilnahme der Bindegewebefasern der Serosa an der Bildung der fibrinösen Massen des Exsudates nicht nachzuweisen sei. Die Veränderungen, die die oberflächlichsten Bindegewebezüge der Serosa im Anfange durchmachten, konnten zwar für den Beginn einer fibrinösen Degeneration der Bindegewebefasern gehalten werden, doch ergaben weitere Beobachtungen, dass diese Veränderungen nicht zunahmen, dass insbesondere die Fasern niemals ihre Längstreifung verloren, sich nie in homogene Massen verwandelten, und dass niemals ein Uebergang in den Rand des Exsudates festgestellt werden konnte.

Ausgeführt wurden die Versuche durch Injektion von 1—2 ccm einer Jodjodkaliumlösung (1.0 Jod, 2.0 Jodkalium, 100 Aqua) in die Höhle der Pleura, des Peritonaeum und der Tunica vaginalis testis. H. Beschorner (Dresden).

393. **Untersuchungen über das Verhalten der Peritonäalepithelien bei Entzündung**; von Dr. F. Büttner. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXV. 3. p. 453. 1899.)

Die Angaben über die Natur und Herkunft der Pleuroperitonäalepithelien, sowie über die Art der Reize, die auf das Peritonaeum einwirken müssen, damit eine Verwachsung zu Stande kommt, widersprechen sich bis jetzt in auffallender Weise. Eigene Untersuchungen führten B. zu dem Ergebnisse, dass das Epithel bei den Verwachsungen seröser Häute eine durchweg negative Rolle spielt, wenn die Verwachsung durch eine fibrinöse Verklebung angebahnt wird. Welchem Schicksale es des Näheren anheim fällt, kann B. nur vermuthungsweise aussprechen, während es ihm nicht gelang festzustellen, ob bei der direkten Verwachsung seröser Häute das Epithel zu dieser beiträgt oder nicht. Die Untersuchungen wurden im Anschlusse an diejenigen von Graser (Deutsche Ztschr. f. Chir. XXVII. 1888) ausgeführt und stimmten mit diesen überein, nur konnte eine unmittelbare Vereinigung der Epithelien in keinem Falle beobachtet werden.

H. Beschorner (Dresden).

394. **Ueber den Einfluss chemischer Gegenreize auf Entzündungen**; von Dr. Friedrich Wechsberg. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 3 u. 4. p. 360. 1899.)

W. prüfte als Gegenreize Jodtinktur, Vesicantien, Sinapismen, Crotonöl u. s. w. und fand, dass diese auf nahe gelegene Entzündungen zweifellos eine für den Kranken günstige Wirkung ausüben. Sie rufen eine mehr oder weniger starke ödematöse und zellige Infiltration der Haut, des Unterhautgewebes und zum Theil der Muskulatur hervor und damit wird die Entzündung gemildert und abgekürzt. Die klinische Erfahrung bestätigt W.'s Ergebnisse, vielleicht werden die Gegenreize nur deshalb von Vielen nicht recht anerkannt, weil sie oft falsch angewendet werden. Dippe.

395. **Zur Lehre von der Bedeutung der Hyperthermirung für den thierischen Organismus**; von Dr. Ernst v. Czyhlarz. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 29. 1899.)

Cz. untersuchte bei Thieren, deren Temperatur durch den Hirnstich erhöht worden war, Nieren, Herz und Muskeln und konnte in keinem Falle Spuren von Verfettung oder parenchymatöser Degeneration auffinden. Auch das Blut war unverändert, hatte im Besonderen das übliche specifische Gewicht. Dippe.

396. **Ueber postmortale Temperatur**; von A. Steffen. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 174. 1898.)

Nach einleitenden physiologischen Bemerkungen über Wärmeproduktion- und Wärmeabgabe berichtet St. über 262 postmortale Wärmemessungen, die im Stettiner Kinderhospitale angestellt wurden. Er fand 94mal eine Steigerung, 161mal eine Senkung der Temperatur nach dem Eintritte des Todes. Unter 89 Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute wurde 53mal eine postmortale Steigerung, 33mal eine Senkung festgestellt. Die 53 Erkrankungen mit Zunahme der Temperatur waren 27mal mit Krämpfen einhergegangen. Im Allgemeinen schienen Krampfanfälle keinen wesentlichen Einfluss auf die postmortale Temperatur

steigerung zu haben. Nur bei der tuberkulösen Meningitis schien eine Ausnahme zu bestehen. Unter den 53 Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute mit postmortaler Steigerung nahm die Tuberkulose mit 31 Fällen den ersten Platz ein. Bei der Tuberkulose war der Grad der postmortalen Temperatursteigerung nicht immer von der Höhe der agonalen Temperatur abhängig. Bei der Diphtherie lagen die Verhältnisse anders als bei den Gehirnerkrankungen. Unter 102 Fällen befanden sich nur 18 mit postmortaler Steigerung. In 4 Fällen waren agonale und postmortale Temperatur gleich, in 80 Fällen war die Temperatur nach dem Tode gefallen. In allen Fällen von Diphtherie ging eine agonale Steigerung der Temperatur der postmortalen vorauf.

Ausser den erwähnten Erkrankungen zeigten noch folgende in 23 Fällen postmortale Steigerungen: Lungentuberkulose, allgemeine Tuberkulose, Scharlach, Pleuritis, Perikarditis, Tuberkulose der Wirbelsäule, Bronchopneumonie, Transsudate, Rhachitis. Die höchsten Steigerungen zeigten Tuberkulose, Scharlach und Sepsis. In 71 Fällen wurden Beobachtungen über die Dauer der Temperatursteigerung angestellt. Es zeigte sich, dass in der Regel 15 Minuten nach der ersten Messung die Temperatur zu sinken begann und gleichmässig abfiel. Bei einem Kinde mit tuberkulöser Meningitis blieb die erhöhte Temperatur 45 Minuten gleichmässig hoch. In 4 Fällen dauerte die Erhöhung eine halbe Stunde an. (Gehirnabscess, Lungentuberkulose, Sepsis, Diphtherie mit Bronchopneumonie.) In 4 Fällen war die Temperatur 1 Stunde nach dem Tode auf die agonale Temperatur gefallen (Gehirnleiden), in 14 Fällen hatte sie zu dieser Zeit noch einen höheren Stand. (12 Fälle von Gehirnerkrankungen.) Die Differenz der 15 und 60 Minuten nach dem Tode gemessenen Temperatur schwankte zwischen 0.2 und 7.4°. Ueber das Sinken der Temperatur ohne postmortale Steigerung wurden 158 Beobachtungen gesammelt. (27 Fälle von Gehirnerkrankungen, 13 von allgemeiner Tuberkulose und Erkrankungen der Athmungorgane, 81 Fälle von Diphtherie u. s. w.) In 3 Fällen trat nach begonnener Senkung wiederum eine Steigerung der Körperwärme auf. (Tumor cerebelli, Endokarditis, Diphtherie.) Die Unterschiede zwischen der 15 und 60 Minuten nach dem Tode gemessenen Temperatur betrugen 0.1—4.4°.

Brückner (Dresden).

III. Pharmakologie und Toxikologie.

397. **Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitalisdialysats**; von Dr. Heinrich Bosse. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 27. 1899.)

Die verschiedentlichen Tinkturen, Extrakte, Fluidextrakte u. s. w., die neuerlich den einfachen Infusen und Abkochungen vorgezogen werden, leiden daran, dass sie aus getrocknetem Pflanzenmateriale hergestellt sind und die wirksamen Stoffe nicht in unzersetztem Zustande und nicht in stets gleicher Beschaffenheit und Menge enthalten. Die Firma *Gollaz u. Ci.* in Saxon (Schweiz) setzt dem gegenüber frische, eben gepflückte Pflanzen einem besonderen Dialysirungverfahren nur mit Wasser und Alkohol aus und gewinnt so Präparate, die die wirksamen Bestandtheile unzersetzt und ohne zweifelhafte Beimengungen enthalten und die leicht eine sehr genaue und zuverlässig gleichmässige Dosirung der die Gesammtwirkung der Pflanzen bedingenden Bestandtheile gestatten.

Der letztere Umstand macht sich namentlich bei der *Digitalis* sehr angenehm geltend, bei der wir bisher beständig mit ganz verschiedenwerthigen Präparaten uns behelfen müssen. Das Digitalisdialysat kann nur verschieden wirksam sein, je nach dem Jahre, aus dem es stammt, da die Digitalis je nach der Jahreswitterung verschieden reich an wirksamen Bestandtheilen ausfällt. Aber auch dieser Unterschied lässt sich, wie Jaquet gezeigt hat, durch Eindampfen des schwächeren Dialysats ausgleichen.

B. hat das Digitalisdialysat an verschiedenen Kranken der städtischen Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg erprobt und ist durchaus damit zufrieden. Das Mittel wirkte vollkommen sicher und gleichmässig auf das Herz, wirkte stark diuretisch und zeigte keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen.

Die Dosis ist nach Jaquet 6—10 Tropfen pro dosi für Erwachsene, als Höchstes pro dosi 20 Tropfen, pro die 80—100 Tropfen. Dippe.

398. **A comparison of the physiological actions and chemical constitution of piperidine, coniine and nicotine**; by B. Moore and R. Row. (Journ. of Physiol. XXII. 4. p. 273. 1898.)

Die intravenöse Injektion von Nicotin steigert den arteriellen Blutdruck sehr stark, da Nicotin entweder Hexahydrodipyridyl oder β-Pyridyl-Methyl-Pyrrolidin ist, war es besonders interessant, festzustellen, welche Wirkungen dem mit doppelten C-Bindungen versehenen Pyridinring und welche dem hydrirten Piperidinring zukommen. Es ergab sich, dass Pyridin einen ausgesprochenen Abfall, und Piperidin einen sehr erheblichen Anstieg des Blutdruckes bewirkte, noch stärker als letzteres wirkte Coniin.

Die allgemeinen Vergiftungerscheinungen zeigen sich bei kleineren Dosen der freien Basen als bei den salzsauren Salzen (berechnet auf freie Base). Sie enden bei allen dreien in Lähmung, der beim Nicotin besonders eigenartige Krampfzustände voraufgehen.

Die motorische Paralyse hat sicher ihren Sitz

in dem peripherischen motorischen Nervenapparate, in wie weit auch das Centralnervensystem mit betheiligt ist, vermochten M. und R. mit Sicherheit nicht festzustellen. Nicotin reizt die Nervenzellen im oberen Cervikalganglion des Sympathicus vorübergehend stark wie das Verhalten der Ohrgefässe und der Pupille des gleichseitigen Auges bewies, kurz darauf waren die Nervenzellen aber vollkommen gelähmt. Weder Pyridin, noch Piperidin und nur sehr schwach Coniin besassen eine derartige Wirkung. In der lähmenden Wirkung auf die Respiration, die nach einem anfänglichen Erregungstadium eintritt, war Piperidin von den 3 Alkaloiden am wenigsten gefährlich.

Die Untersuchung der Wirkung auf den Blutkreislauf begann mit dem Verhalten des künstlich durchströmten, isolirten Froschherzens; alle drei Alkaloide bewirkten übereinstimmend eine geringfügige Verlangsamung der Herzschläge mit einer deutlichen Verlängerung der Systole, wenn sie in ein pro Mille starker Lösung durchgeleitet wurden.

In der gleichen Concentration riefen alle 3 Alkaloide bei der Durchströmung von kurz zuvor getödteten Fröschen mit zerstörtem Gehirne und Rückenmark meist eine so starke Verengerung der Arteriolen hervor, dass bisweilen der Durchfluss fast völlig stockte. Höchst sonderbar war das gegensätzliche Verhalten der Mesenterialgefässe beim Frosche, die sich besonders beim Coniin stark erweiterten, wenn die Alkaloidlösungen auf das Mesenterium gebracht wurden.

Am Warmblüter (Hund) registrirten gleichzeitig mit der Blutdruckcurve M. und R. auch die Volumschwankungen der einen Niere. Der arterielle Blutdruck stieg nach allen 3 Alkaloiden enorm, und zwar wie das abnehmende Nierenvolum bewies, nicht durch Verstärkung der Herzthätigkeit, sondern durch Contraktion der peripherischen Arteriolen, die unabhängig vom Centralnervensystem eintrat und wahrscheinlich durch Erregung der peripherischen vasomotorischen Ganglien bedingt war. Später wurden die anfänglich gereizten vasomotorischen Nervenapparate aber unerregbar.

H. Dreser (Elberfeld).

399. **The pharmacology of the alcaloids of aconite (Aconitum Napellus)**; by J. Theodore Cash. (Brit. med. Journ. Oct. 8. 1898.)

Am giftigsten wirkte unter den 3 Alkaloiden Aconitin, Benzaconin und Aconin das Aconitin; es ist 200mal so giftig als Benzaconin und 2000mal so giftig als Aconin. Aconitin bewirkt in kleinen Dosen Verlangsamung und Kräftigung des Pulses hauptsächlich als Folge einer Reizung der Vaguswurzeln; auch die Respiration wird verstärkt und Diaphorese herbeigeführt. Von diesen Wirkungen kleiner Dosen wird bei stark fieberhaften Zuständen in England Gebrauch gemacht. Grössere Aconitindosen bewirken Pulsbeschleunigung mit Ausfallen einzelner Pulse entweder des Ventrikels oder des Vorhofes.

Zuletzt geräth der Ventrikel in das Delirium cordis aber ohne dass die Vorhöfe daran Theil, nehmen. Als Todesursache bezeichnet C. in erster Linie Aussetzen der Respiration; der anfänglichen Reizung des Respirationcentrum folgt Lähmung nach. Die Herabsetzung der Sensibilität im Allgemeinen und bei lokaler Applikation ist der Grund für die Anwendung des Aconitins in Salbenform bei heftiger Gesichtsneuralgie.

Nach kleinen Aconitindosen fällt die Körpertemperatur sowohl in Folge vermehrter Strahlung, als auch verminderter Produktion.

Das Alkaloid *Benzaconin* ruft nur Verlangsamung der Athmung ohne vorherige Beschleunigung hervor. Das Benzaconin ist ohne Einwirkung auf die sensorischen Nerven. Am Herzen fallen mehrfach Ventrikelcontraktionen aus, während die Vorhofscontraktionen regelmässig von Statten gehen.

Das 3. Alkaloid Aconin hält C. für den Fall, dass es in genügender Menge darstellbar wäre, deswegen für therapeutisch versuchenswerth, weil es die Systole des Ventrikels verstärkt und die beschleunigte und unregelmässige Herzaktion wieder regelmässig macht. In grossen Gaben schwächt es die Respiration und beeinträchtigt die Funktion der motorischen Nerven bis zu ihrer Vernichtung.

H. Dreser (Elberfeld).

400. **The physiological action of hydrastine hydrochlorate**; by C. D. F. Philipps and M. S. Pembrey. (Brit. med. Journ. Oct. 8. 1898.)

Die Allgemeinsymptome bestehen in Lähmung und theilweise auch dem Strychnin ähnelnden Krämpfen, bei Katzen auch in Salivation. Die Wirkung auf das Herz besteht in Lähmung des Vagus. Die verengernde Wirkung auf die Gefässe schien hauptsächlich durch das Nervensystem vermittelt, doch wirkte eine halbprocentige Hydrastinchloridlösung auch lokal verengernd auf die Gefässe einer entzündeten Bindehaut. Bei Warmblütern wurde durch tödtliche Gaben die Athmung vor der Herzthätigkeit gelähmt. Der Verdauungkanal wird vom Hydrastin nicht merkbar beeinflusst; nur bei Katzen rief es Speichelfluss, Erbrechen und Appetitlosigkeit hervor.

In den Harn geht das Alkaloid rasch unverändert über, denn er bewirkte, Fröschen unter die Haut gespritzt, die typischen Convulsionen. Ebenso enthielt der Liquor amnii genügend Hydrastin, um Frösche zu vergiften. Die Uterusmuskulatur wurde durch Hydrastin *nicht* zu Contraktionen erregt. Als Sektionbefund nach tödtlichen Vergiftungen erwähnt Ph.: starke Blutüberfüllung der rechten Herzhälfte, Congestion der Pia-mater und eine abnorm grosse Menge Galle.

In Lösung von 1:1000 werden Infusorien durch Hydrastin getödtet.

H. Dreser (Elberfeld).

401. **Historique de l'emploi du sulfate de soude comme hémostatique**; par le Dr. Bouveyron. (Lyon méd. LXXXIX. p. 302. Nov. 6. 1898.)

Die Mittheilungen, die J. Reverdin (Revue méd. de la Suisse rom. p. 506. 1895 et X. Congr. de Chirurgie p. 21) über die hämostatische Wirkung kleiner Gaben von Natr. sulphur. (Glaubersalz) gemacht hatte, veranlassten B. zu näherer geschichtlicher Forschung über diesen Gegenstand. Schon längst hatte man dieses Salz gegen Blutungen verschiedenster Art, doch mehr oder weniger (wie auch die Magnes. sulphur.) nur als Laxans gebraucht. B. weist darauf hin, dass schon Sydenham (Opera omnia. Edit. de Genève 1696. p. 16) glaubte, der Rückkehr gewisser spontaner Blutungen durch ein Laxans zuvorkommen zu können; nur wenig später, doch rein empirisch, bediente man sich des Sedlitz- und Glaubersalzes; noch später will Fordyce in England (Fragm. med. et chir. London 1784. p. 47) bei einer Bluterfamilie und Löwe in Deutschland in einem ähnlichen Falle (Ztschr. d. Chirurgenvereins I. p. 658) die Magnes. sulphur. mit Erfolg gebraucht haben. Doch bald ward dieses Salz von dem Glaubersalze ganz verdrängt, wozu besonders der Umstand beitrug, dass das Glied einer Bluterfamilie Smith (Plymouth in Nordamerika), nachdem vergeblich alle möglichen Mittel gebraucht worden waren, dadurch geheilt wurde, dass es je 2 oder 3 Morgen hinter einander laxirende Gaben von Glaubersalz nahm (vgl. Med. reports VI. New York 1803. Lond. med. and phys. Journ. XX. p. 69. 1808). B. führt nun weitere Literatur über ähnliche Fälle an, in denen mit gleichem Erfolge Glaubersalz gegeben wurde, insbesondere auch die Monographien von Mutzenbecher (Inaug.-Diss. Heidelberg 1841) und L. Grandidier (Die Hämophilie. 2. Aufl. Leipzig 1877). In allen diesen Fällen wurde jedoch das Glaubersalz mehr oder weniger als Laxans gebraucht, wenn schon Vogel und Finger eine Wirkung unabhängig von der laxirenden bereits ahnten (Grandidier, Ibidem p. 176).

Einer der Ersten, die, angeregt durch den Bericht von Grandidier über Hämophilie, dieses Salz in kleinen Gaben, zu 0.10 g stündlich, als Haemostaticum bei hämorrhagischer Diathese, capillärer Epistaxis und ähnlichen Hämorrhagien in ausgedehnter Weise anwendete, war Kussmaul; indess hat Reverdin das Verdienst, durch Feststellung grösserer Gerinnbarkeit des Blutes während des Genusses kleiner Mengen von Glaubersalz eine mindestens sehr beachtenswerthe Erklärung der hämostatischen Wirkung dieses Mittels gegeben zu haben. Reverdin wies zunächst bei Kaninchen, denen er 33, 42 und 52 Tage hindurch 0.20 g Natr. sulphur. pro die in die Nahrung gemischt hatte, die leichtere Gerinnbarkeit des Blutes nach; dieselbe Erscheinung zeigte sich bei Meerschweinchen, die in gleicher Weise 4, 12 und 20 Tage hindurch 0.10 g erhalten hatten, und trat auch ein nach venöser Einspritzung (die entsprechende Gabe für einen Menschen von 70 kg würde hiernach 1 g pro die betragen); dagegen hatten subcutane Einspritzungen gleicher Mengen des Salzes keinen Erfolg.

B. wirft schliesslich noch die Frage auf, ob es nicht die Schwefelsäure an sich sei, die die Erscheinung bewirke, und ob dann nicht z. B. das Chin. sulphur., unter ähnlichen Verhältnissen gegeben, in gleicher Weise, also nicht als Adstringens, wirken werde. O. Naumann (Leipzig).

402. **Stypticin, ein neues Haemostaticum**; von M. Freund in Frankfurt a. M. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 3. p. 358. 1899.)

Das von F. in den Arzneischatz eingeführte Stypticin, ein gelbliches, in Wasser leicht lösliches Pulver, wird am besten in Form überzuckerter Tabletten (*E. Merck* in Darmstadt) zu 0.05 g gegeben, da es bitter schmeckt. Die übliche Tagesdosis während der menstruellen Blutung beträgt 5—6 solcher Tabletten, in manchen Fällen empfiehlt es sich, schon einige Tage vor der zu erwartenden Blutung 2—3 Tabletten täglich nehmen zu lassen. Bei sehr starken Blutungen können Einspritzungen von 2 ccm einer 10proc. Lösung in die Glutäalmuskulatur angezeigt sein. Das Stypticin ist wirksam bei solchen Gebärmutterblutungen, die durch entzündliche Erkrankungen des Beckenbindegewebes oder der Anhänge oder durch Lageveränderungen der Gebärmutter, verbunden mit Entzündungen der Umgebung, verursacht sind, ebenso bei Blutungen in Folge von Stumpfexsudaten nach Operationen der Anhänge, auch bei schlechter Rückbildung nach Abort, aber nur dann, wenn keine Eireste vorhanden sind. Kein Erfolg wurde erzielt bei Blutungen durch reine fungöse Endometritis, ausser nach vorheriger Ausschabung. Vorzügliche Erfolge bei virginellen menstruellen Blutungen ohne sonstige Erkrankung und bei klimakterischen Blutungen.

Zuweilen trat eine günstige Beeinflussung der Blutungen bei Myomen ein, ebenso der Blutungen in Folge gonorrhoischer Infektion. Da das Präparat keine Zusammenziehung der Gebärmutter bewirkt, kann es auch bei Blutungen in der Schwangerschaft angewendet werden. Das Stypticin ist selbst bei anhaltendem Gebrauche unschädlich und ohne jede Nebenwirkung.

F. giebt eine kurze Uebersicht der bisher über die Wirksamkeit des Stypticins erschienenen Veröffentlichungen. J. Praeger (Chemnitz).

403. **Azione della Salicina sul sangue**; per il Dott. Eug. Scarpitti. (Rif. med. XIV. 67 e 68. p. 805. 1898.)

Salicin vermag ähnlich dem Chinin die physiologische Körpertemperatur etwas herabzusetzen,

doch ist bei denselben Dosen diese Salicinwirkung etwas weniger erheblich und weniger anhaltend. Die Blutkörperchen werden durch Salicin weder in vitro, noch innerhalb der Blutbahn morphologisch alterirt.

Wie durch Chinin, so wird auch durch subcutane Salicininjektion eine deutliche Herabsetzung des cirkulirenden Blutes an Hämoglobin bewirkt, sehr bald restituirt sich aber der Hämoglobingehalt wieder. Auch in dieser Beziehung wirkt Chinin stärker als Salicin.

Der isotonische Coëfficient des Blutes, d. h. die Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen gegen den Einfluss verdünnter Salzlösungen wird durch Salicin erhöht, das spektroskopische Verhalten des cirkulirenden Blutes nicht verändert. Wie durch Chinin, wird auch durch Salicin die entzündliche Auswanderung der weissen Blutkörperchen gehemmt. Wie Chinin übt Salicin auf die weissen Blutkörperchen eine negative chemotaktische Wirkung aus. H. Dreser (Elberfeld).

404. **Ueber die Wirkung einiger narkotischer Stoffe auf die Blutgase, die Blutalkalescenz und die rothen Blutkörperchen**; von Dr. Thomas. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 1. p. 1. 1898.)

Die Untersuchungen wurden veranlasst durch die frühere, höchst merkwürdige Beobachtung Th.'s, „dass bei vorheriger Alkoholzufuhr ein Kaninchen eine ungefähr 6mal geringere Dosis Kommabacillen brauchte als ein Thier im nüchternen Zustande, um an Cholera zu Grunde zu gehen“. Die bakterienfeindliche Wirkung des Blutserum war bei dem alkoholisirten Thiere bedeutend geschwächt gegenüber derjenigen des nüchternen Thieres. Bekanntlich ist die Baktericidität des Blutes eine Funktion seiner Alkalien und, da der Alkalescenzgrad des Blutes wieder für dessen Gehalt an Kohlensäure maassgebend ist, so verglich Th. an denselben Kaninchen die Kohlensäurewerthe ihres Blutes im nüchternen Zustande und eine Reihe von Tagen später in dem durch Alkoholeingabe herbeigeführten Rauschzustande, bez. in Alkoholnarkose; hatte letztere mindestens 3 Stunden gedauert, so war der *CO_2-Gehalt des Blutes bedeutend herabgesetzt.* Diese verminderte Blutalkalescenz war durch eine Vermehrung des Blutes in seinem Gehalte an flüchtigen Fettsäuren bedingt, die die CO_2 zum Theil verdrängt hatten. Dasselbe Resultat ergab die Titration des Blutserum, wie auch des lackfarbenen Blutes, welches letztere Th. der des Blutserum vorzieht.

Die vollen Wirkungen des *chronischen* Alkoholismus kommen vom Blute erst nach Monaten zur Geltung, anfänglich sinkt der Sauerstoffgehalt des Blutes, später sein Kohlensäuregehalt.

Bei *subcutaner Aetherinjektion* wird wie nach Morphium- und Chloraleinspritzungen der Sauerstoffgehalt des Blutes herabgesetzt. Kohlensäuregehalt und Alkalescenzgrad des Blutes blieben nahezu unverändert; die Zahl der Blutkörperchen nahm theilweise bis auf das Doppelte zu, was Th. darauf zurückführt, dass das Blut durch mangelhafte Sauerstoffzufuhr venös und eingedickt wird.

Durch subcutane Chloroformapplikation schien die Blutalkalescenz herabgesetzt zu werden.

H. Dreser (Elberfeld).

405. **Versuche über die sedative und hypnotische Wirkung einiger Arzneimittel**; von Dr. phil. G. Fuchs und Dr. E. Koch. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 37. 1898.)

F. u. K. stellten Versuche an mit Mitteln, die sie, durch theoretische Erwägungen geleitet, synthetisch dargestellt haben, so mit einem Additionprodukt aus Chloral und einem dem Phenacetin ähnlichen Körper. Amylenchloral, eine in kaltem Wasser schwer lösliche Flüssigkeit, soll im Körper langsam in ihre Componenten gespalten werden und demgemäss ihre hypnotische Wirkung auf lange Zeit hinaus geltend machen, ohne die unangenehmen Wirkungen der isolirten Componenten zu zeigen. W. Straub (Leipzig).

406. **Ueber das Verhalten des Hamamelitannins im Säugethierkörper**; von Dr. Walther Straub. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 1. p. 1. 1899.) Autorreferat.

Hamamelitannin ist die wirksame Substanz der Rinde von Hamamelis virginica, die als Fluidextrakt in England officinell ist. Chemisch ist Hamamelitannin eine Gallusgerbsäure.

Hamamelitannin wird im Körper verhältnissmässig leicht resorbirt, gespalten und oxydirt. Nach Einbringung in den Magen geht in den Harn blos Gallussäure über, während unverändertes Hamamelitannin im Harn blos bei intravenöser Injektion auftritt. Hamamelitannin vermehrt den Gehalt des Harns an Aetherschwefelsäure. Die Beobachtungen mit Hamamelitannin stützen die Mörner'sche Hypothese, wonach Gallussäurezufuhr deshalb einen grösseren Gallussäuregehalt des Harns hervorruft als Gerbsäure, weil Gerbsäure Eiweiss fällt und dadurch schwer resorbirbar ist. Es erweist sich ferner als unwahrscheinlich, dass durch Gerbsäureverabreichung eine adstringirende Fernwirkung auf die Nieren ausgeübt werden kann. St.'s Befunde decken sich darin mit den von Rost mit Tannin, Tannigen und Tannalbin erzielten Resultaten.

407. **Ueber die Verwendung von Tannigen und Tannalbin bei der Behandlung der Diarrhöen der Kinder**; von Prof. M. Stooss. (31. med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern während der Jahre 1896 und 1897. p. 44. 1898.)

St. fand Tannalbin und Tannigen wirksam bei subakuten und chronischen Diarrhöen der Säuglinge und älteren Kinder, namentlich aber bei

solchen Diarrhöen, deren akutes Stadium nicht in völlige Heilung übergeht, bei denen der Uebergang in die chronische Form zu befürchten steht. Die akuten Durchfälle werden im Beginne besser nicht mit Adstringentien behandelt. Bei sehr starkem Reizzustande des Darmes verwendet St. auch bei Säuglingen ohne Scheu Opium, noch lieber Papaverin in Centigrammdosen. Brückner (Dresden).

408. **Ueber Yohimbin**; von Dr. Oberwarth. (Virchow's Arch. CLIII. 2. p. 292. 1898.)

Die aus Kamerun stammende Yohimberinde gilt bei den Eingeborenen als ein wirksames Mittel gegen männliche Impotenz. Die Stammpflanze ist entweder eine Apocynee oder eine Rubiacee. Die Rinde enthält zwei Alkaloide: Yohimbin und Yohimbenin, letzteres, von gelber Farbe, ist weniger wirksam. Ueber das in weissen Kryställchen erhältliche, bei 234° schmelzende Yohimbin giebt O. an: 5 mg bis 1 cg lähmen bei Fröschen allgemein das Nervensystem und das Herz, auch wurde die elektrische Erregbarkeit der N. ischiadici herabgesetzt. Auch bei Warmblütern wirkt Yohimbin lähmend auf die Athmung; wird der Erstickungtod von dem Versuchsthiere durch Unterhalten der künstlichen Athmung abgewendet, so macht das Gift seine Wirkung auf das Herz geltend und das Thier stirbt dann an Herzlähmung. Der Blutdruck sinkt vom Beginne der Injektion an stetig, und zwar nicht allein durch Erschlaffung der Arterienwandungen, sondern auch durch Schwächung des Herzens selbst. Die Herabsetzung der Pulszahl hat mit Vaguserregung nichts zu thun, denn Atropininjektion wirkt nicht darauf ein.

Bei Hunden übte Yohimbin eine unzweifelhafte Wirkung auf die Genitalien aus, bestehend in zum Theil anscheinend schmerzhaften Erektionen, nach grösseren Dosen steigerte sich die grosse Unruhe nach kleineren Gaben bis zu äusserst heftigen Krämpfen. H. Dreser (Elberfeld).

IV. Neuropathologie und Psychiatrie.

409. **Ueber Migräne.**

M. Brasch und G. Levinsohn (Ein Fall von Migräne mit Blutungen in die Augenhöhle während des Anfalles. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 52. 1898) theilen eine merkwürdige Beobachtung mit.

Ein 21jähr. Mann, dessen Tante an Migräne litt, bekam in der Nacht des 20. August 1896 Schmerzen im linken Auge. Am Morgen war das Auge geschwollen, es bestand Uebelkeit und nach Erbrechen hörten die Beschwerden auf. Ein 2. Anfall folgte am 11. November; während dessen waren beide Augen nach vorn getrieben und ihre Beweglichkeit eingeschränkt, der Druck, besonders links, gesteigert; die Retina war etwas venös hyperämisch; die Lider waren etwas geschwollen und links blutig suffundirt. Der 3. Anfall trat am 7. April 1897 am Tage ein: das Erste war Druck in Augenhöhle und Stirn links, dann kamen Thränen, Lichtscheu, Anschwellung der Lider, schliesslich beendete Erbrechen den Anfall. Der 4. Anfall erfolgte erst am 4. Juli 1898 und glich dem 3., jedoch trat offenbar dabei eine grössere Blutung ein, denn während der Pat. auf dem Abtritte sass, wurde er links blind. Am nächsten Tage waren die linken Lider schwarz unterlaufen, die Netzhaut stark hyperämisch, die erweiterte Pupille reagirte nicht bei Beleuchtung (Reflextaubheit), nur Bewegungen der Hand dicht vor dem Auge konnten wahrgenommen werden. Schon nach 4 Tagen war die obere Hälfte des Gesichtsfeldes wieder frei, nach 14 Tagen waren alle Störungen beseitigt.

Die Vff. nehmen an, es habe sich hier nur um Migräne gehandelt; man wird wohl den weiteren Verlauf abwarten müssen.

Jahrmärker (Ueber einen forensischen Fall von symptomatischer Augenmigräne. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 12. 1899) beschreibt Augenmigräne bei einem 53jähr. Nervenschwachen. Da der Kr. angab, er habe früher nicht an Migräne gelitten, betrachtet der Vf. die Migräne als symptomatisch. Der Kr. hatte Geld veruntreut, er erhielt mildernde Umstände.

Franz Pfaff (An experimental research indicating that paraxanthin-poisoning is not the cause of epilepsy or migraine. Boston med. and surg. Journ. CXL. 25. 1899) hat auf Veranlassung J. J. Putnam's hin (der Pfaff's Bericht einführt und erläutert) langwierige Untersuchungen angestellt, um die Behauptung Rachford's, die Ursache des epileptischen und des migranösen Anfalls sei Paraxanthin (vgl. Jahrbb. CCLXI. p. 18), zu prüfen. Er untersuchte je 4 Liter des nach dem Anfalle gelassenen Harns von 14 Pat. (4 mit Migräne, 10 mit Epilepsie) und zum Vergleiche 5000 Liter Harn von Gesunden (Sträflingen). Es stellte sich heraus, dass der Harn der Kranken nicht mehr Paraxanthin enthielt als der der Gesunden. Die „Endflüssigkeit" Rachford's bewirkte in der That die von R. beschriebene Erkrankung, wenn sie Thieren eingespritzt wurde, aber es stellte sich heraus, dass sie Ammonium-Salze enthielt. Wurden die Verunreinigungen entfernt, so schadete die Paraxanthin-Lösung den Thieren nichts und umgekehrt, die Lösung der Ammonium-Salze machte sie krank ohne Paraxanthin.

Gallois (Traitement bicarbonaté de la maladie migraineuse. Bull. gén. de Thér. CXXXVII. 9. p. 329. Mars 1899) empfiehlt doppeltkohlensaures Natron bei Migräne. In 1 Liter soll der Patient 3 g auflösen und das alkalische Wasser soll während eines Tages getrunken werden. Die Behandlung muss jahrelang fortgesetzt werden. Drei ausführliche Krankengeschichten zeigen den guten Erfolg. Möbius.

410. **Zur Klinik der Kleinhirntuberkel**; von Dr. Heinrich Wolf. (Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 321. 1899.)

Aus dem Studium der Literatur und aus den Erwägungen der eigenen Erfahrungen zieht W. folgende Schlüsse: Es können im Kleinhirn Tuberkel vorhanden sein, ohne krankhafte Erscheinungen

hervorzurufen. Demzufolge sind wir niemals in der Lage, im Einzelfalle bestimmt die Krankheitdauer festzustellen, da bis zum Eintritte der ersten Erscheinungen das Leiden latent bestehen konnte. In der Mehrzahl der Fälle finden wir neben dem Gehirn auch andere Organe tuberkulös erkrankt. Die einzelnen der Kleinhirntuberkulose zukommenden Symptome treten in keiner bestimmten Reihenfolge auf. Es lassen alle an und für sich keinen Schluss auf eine genaue Lokaldiagnose zu. Die bisherige klinische Erfahrung spricht dafür, dass das Kleinhirn ein einheitliches Organ ist und dass seinen einzelnen Theilen keine verschiedenen Funktionen zukommen.

Was schliesslich die Anwendung der Lumbalpunktion in diesen Fällen anlangt, so wurde in der Klinik Monti's im Gegensatze zu Lichtheim, Fürbringer u. A. niemals eine schädliche Folge davon bemerkt. Im Gegentheile, die heftigen Kopfschmerzen wichen wiederholt nach der Operation und dem Kranken wurde dadurch Linderung verschafft. H. Beschorner (Dresden).

411. **Zur Kenntniss der Meningocele spuria (Billroth'sche Krankheit) in neuropathischer Hinsicht**; von Dr. J. Bayerthal. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 3. 4. 1898.)

B. beschreibt einen 31jähr. Mann, dem im Alter von 3/4 Jahr ein Ziegelstein auf den Kopf gefallen war. Im Anschlusse an das Trauma entwickelte sich eine Meningocele spuria. Der Kr. musste sich von schweren körperlichen Anstrengungen fernhalten, befand sich aber sonst verhältnissmässig wohl. Mit dem 28. Lebensjahre jedoch stellten sich epileptische Anfälle ein, die den Kr. nöthigten, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Von Interesse ist an der Beobachtung erstens das lange Bestehen der Meningocele, zweitens die lange Latenz desjenigen Symptoms, das nach Kocher gegen die operative Behandlung des Leidens spricht, der Epilepsie.

B. bespricht nach Mittheilung der Krankengeschichte die Entstehungweise und namentlich die nervösen Erscheinungen, die bei der Meningocele beobachtet wurden. Die Ursache ist stets ein Trauma in früher Jugend. Die nervösen Symptome bestehen (nach Ablauf der allgemeinen und der Contusionerscheinungen) aus Ausfallerscheinungen und lokalen Reizerscheinungen. Da die cerebrale Kinderlähmung auch sehr häufig einen traumatischen Ursprung hat, da sie denselben Verlauf und dieselben Symptome, ja (abgesehen von der Geschwulst) dieselben anatomischen Veränderungen besitzt, wie die Meningocele spuria, so glaubt B. annehmen zu dürfen, dass zwischen beiden Erkrankungen nur ein gradueller Unterschied besteht. Der elastische kindliche Schädel bleibt nach einem Trauma zuweilen unbeschädigt, während das Gehirn verletzt wird. Dann entsteht die cerebrale Kinderlähmung. Bricht der Knochen und besteht bei unvollkommener Frakturheilung gesteigerter intracranieller Druck, so entsteht unter Mitwirkung des Wachsthumsdruckes des Gehirns, der Weichheit der Knochen bei rhachitischer Veranlagung gleichzeitig die falsche Meningocele. Da durch einen operativen Eingriff die Veränderungen am Gehirn nicht beseitigt werden können, vielmehr die Gefahr einer entstehenden Epilepsie gesteigert wird, so begnüge man sich bei der Behandlung der falschen Meningocele mit der Anordnung einer Schutzkappe. Brückner (Dresden).

412. **Note sur un nouveau cas d'audition colorée**; par A. Grafé. (Revue de Méd. XVII. 3. p. 192. 1897.)

Gr. beobachtete ein Mädchen, bei dem der Vokal a das „Bild" schwarz, i das Bild roth hervorrief. Die anderen Vokale und die Consonanten verbanden sich nicht mit einer Farbe. Gr. unterscheidet hierbei besonders zwischen einem Bilde und einer Vorstellung; von letzterer ist nicht die Rede. Jedoch hätten diese Bilder auch nichts Hallucinatorisches an sich gehabt. Die Dame konnte die ihr auftauchenden Farbbilder in ihr zum Vergleiche vorgelegten Farben wiedererkennen. Uebrigens wechselte der Farbenton, namentlich der rothe, je nach äusseren Umständen. Z. B. gab eine männliche Stimme der rothen Farbe einen tieferen, schwarzrothen Ton, eine Frauenstimme im Gegentheile einen mehr helleren Ton. Auf jeden Fall mussten die Vokale vernehmlich laut gesprochen sein, wenn die Farbe hervorgerufen werden sollte. Wurden die Vokale nur gedacht, so blieb die Farbe aus oder erschien nur ganz schwach. Doch schien der Dame im letzteren Falle die Farbe nicht spontan, sondern künstlich gewollt aufzutreten.

Die Erklärungversuche dieser Phänomene seitens Gr.'s mögen im Originale nachgelesen werden.

A. Boettiger (Hamburg).

413. **Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem 12jähr. Kinde**; von Dr. Nonne. (Mittheil. aus d. Hamburger Staatskrankenanstalten II. 2. p. 65. 1899.)

Ein 12jähr. Knabe war vor 3 Monaten schwerfällig im Denken geworden. Seit 4 Wochen Stumpfheit, Zittern der Hände, beträchtliche Sprachstörung.

Das Kind war blödsinnig, es bestanden Silbenstolpern, Zittern der Hände und der Gesichtsmuskeln, rechts Facialisparese, Mydriasis, rechts keine, links träge Lichtreaktion, Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe.

Die Mutter hatte 1 Jahr vor ihrer Verheirathung Syphilis erworben, war geschmiert worden. Sie hatte zuerst eine todte Frucht im 6. Monate geboren, dann ein Kind, das 1 Monat zu früh kam, mit 4 Monaten an Ausschlag litt, nach 1 Jahre starb, dann den Pat., dann ein ausgetragenes Kind, das seit dem 4. Jahre anfallsweise an Blutharnen leidet, dann ein gesundes Kind, das nach 16 Monaten an Brechdurchfall starb.

Der Vater war ganz gesund. Möbius.

414. **Ueber die Krämpfe bei Erhängten**; von Dr. v. Sölder. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 10. 1899.)

v. S. hat folgende Beobachtung mitgetheilt.

Ein 37jähr. Säufer hatte sich im Affekt erhängt. Er wurde bewusstlos abgeschnitten. Bald darauf stellten sich Krämpfe ein. Der Pat. kam nicht wieder zum Bewusstsein, starb nach 22 Stunden. Die Reflexe waren anfangs noch erhalten; es bestanden Trachearasseln, Singultus, Erbrechen. Während der ganzen Zeit war der Körper in „tonischem" Krampfe, man unterschied Opisthotonus und „complicirte Krämpfe in den Extremitäten mit gestenartigen Bewegungen der Arme". Eine Zeit lang befanden sich beide Hände in der Stellung des Tetanie-Krampfes, dabei waren die Vorderarme gebeugt, die Oberarme abducirt. Möbius.

V. Innere Medicin.

415. **Ueber Schwarzwasserfieber (Hämoglobinurie)**; von R. Koch. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 2. p. 295. 1899.)

Die als Schwarzwasserfieber bezeichnete Form der Hämoglobinurie wurde früher allgemein mit der tropischen Malaria in engsten Zusammenhang gebracht, erst in neuester Zeit haben Tomaselli u. A. die Ueberzeugung gewonnen, dass es sich um eine Chininvergiftung handelt. K. zieht aus seinen Untersuchungen denselben Schluss: beim Schwarzwasserfieber fehlen die Malariaparasiten sehr häufig; wenn sie vorhanden sind, so steht ihre Zahl in gar keinem Verhältnisse zur Hämoglobinurie, wie es doch nach Analogie des Texasfiebers der Fall sein sollte; es giebt Malaria mit sehr zahlreichen Parasiten, ohne dass Hämoglobinurie dabei entsteht; zwischen der Malaria und dem Schwarzwasserfieber bestehen wesentliche klinische Unterschiede; das Schwarzwasserfieber kann sich mit 2 ganz verschiedenen Arten der Malaria, mit der gewöhnlichen Tertiana und mit dem Tropenfieber, verbinden. Fast regelmässig wird das Schwarzwasserfieber durch den Gebrauch von Chinin hervorgerufen, und zwar auch ganz unabhängig von Malaria, und es unterscheidet sich in seinem eigentlichen Wesen in nichts von der Hämoglobinurie, wie sie in gemässigtem Klima durch andere toxische Einwirkungen entsteht. Wie es kommt, dass Chinin, das doch für gewöhnlich keine Hämoglobinurie verursacht und auch in den Tropen anfangs gut vertragen wird, später Hämoglobinurie bewirken kann, ist noch nicht genügend aufgeklärt. Weder das Klima, noch vorangegangene Malaria allein können die Disposition hervorrufen, denn das Schwarzwasserfieber wird durchaus nicht in allen tropischen und subtropischen Malariagegenden, in denen Chinin gebraucht wird, beobachtet.

Woltemas (Diepholz).

416. **Zur Aetiologie des Pseudocroup**; von Dr. G. Zimmermann. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 29. 1898.)

Z. wirft die Frage auf, ob zwischen dem Pseudocroup und adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes nicht ein ursächlicher Zusammenhang bestehen könne. Er kam darauf durch die Beobachtung eines 18jähr. Mädchens, das heiser war und Crouphusten hatte, ohne dass eine Entzündung im Kehlkopfe nachweisbar war. Mit der Beseitigung der vergrösserten Rachenmandel waren die Stimmstörung und der Husten sofort verschwunden. Bei 11 Kindern mit Pseudocroup fand Z. adenoide Vegetationen im Nasenrachenraume. Er operirte 6 und erreichte damit das dauernde Schwinden der Anfälle.

Brückner (Dresden).

417. **Sulla genesi parassitaria dei calcoli salivari**; pel Dott. L. Piazza. (Policlinico V. 22. 24. p. 511. 580. 1898.)

P. theilt zunächst eine eigene klinische Beobachtung mit.

Bei dem 18jähr. Pat. war plötzlich eine schmerzhafte Anschwellung der rechten Submaxillargegend aufgetreten, die sich in wenigen Tagen auf die rechte Wange, das Zahnfleisch und den ganzen Mundboden ausbreitete. Bei der Untersuchung fühlte sich der Mundboden rechts vom Zungenbändchen, wo er am schmerzhaftesten war, steinhart an. Am folgenden Tage wurde aus dem Ductus Whartonianus ein Stein von der Form und Grösse eines Apfelsinenkernes ausgestossen, und damit gingen alle Erscheinungen zurück. Der Stein wog 125 mg, war gelblich gefärbt und hatte eine rauhe Oberfläche; die Consistenz war hart, die weissliche Bruchfläche liess keine Schichtung und keinen centralen Kern erkennen. Die chemische Untersuchung ergab, dass der Stein aus organischer Substanz und zum allergrössten Theile aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk bestand, während Harnsäure fehlte. Bakteriologisch konnten durch das Culturverfahren nachgewiesen werden die gewöhnlichen Eitermikrokokken, der Streptococcus erysipelatis, der Diplococcus pneumoniae, von Bacillen der Pseudodiphtheriebacillus, das Bacterium coli commune, der Bac. prodigiosus und der Bac. pneumoniae Friedländer's, endlich noch der Miller'sche Kommabacillus und eine Sprosspilzart. Bei der Uebertragung auf Thiere zeigte sich die Virulenz aller Bakterien ganz bedeutend abgeschwächt.

P. beschäftigt sich dann mit der Literatur der Pathogenese der Speichelsteine und geht besonders auf die Lehre von ihrem bakteriellen Ursprunge näher ein. Auf den extremen Standpunkt Galippe's, der die Bildung der Speichelsteine unmittelbar auf die chemischen Wirkungen der Mundbakterien zurückführt, kann P. sich nicht stellen. Er nähert sich Majocchi und Chincini und setzt mit ihnen als Bedingung für die Entstehung der Conkremente eine, wenn auch nur geringfügige katarrhalische Entzündung der Speichelwege voraus; die abgestossenen Epithelien würden alsdann von Kalksalzen imprägnirt, die aus dem in seiner Zusammensetzung veränderten Speichel niedergeschlagen werden. Die Ursachen des Katarrhs können Mikroorganismen sein, und sie sind es wahrscheinlich sehr häufig; doch können dem Katarrh auch andere Ursachen wie Traumen, chemische Schädlichkeiten, zu Grunde liegen. Eine aus irgend welchem Anlasse eintretende Speichelstauung würde die Entstehung des Katarrhs besonders begünstigen. Die Bakterien wirken vielleicht noch insofern bei der Bildung der Steine mit, als einzelnen von ihnen (Leptothrix, Streptothrix, Aktinomyces) die Fähigkeit zuzukommen scheint, aus den zelligen Elementen der Speichelwege und aus dem Speichel selbst die Kalksalze abzuscheiden.

P. stellt demnach für die Entstehung der Speichelsteine eine Theorie auf, die nahezu vollständig mit der Naunyn'schen Gallensteintheorie übereinstimmt.

Janssen (Rom).

418. **Des pleurésies purulentes à staphylocoques**; par P. A. Lop et G. Monteux. (Revue de Méd. XVIII. 4. p. 343. 1898.)

L. und M. fanden in einem Falle von Pleuraempyem in dem serös-eiterigen Ergusse (abgesehen von wenigen gewöhnlichen Diplokokken im mikroskopischen Bilde) nur Staphylokokken. Mit dem Eiter geimpfte Meerschweinchen erkrankten an Tuberkulose. Die Staphylokokken-Empyeme zeichnen sich durch unregelmässigen Verlauf, grosse Neigung zu Recidiven, geringe Neigung zur Heilung aus und scheinen sich mit Vorliebe auf tuberkulösem Boden zu entwickeln. Der Erguss ist meist sehr reichlich, dünnflüssig und frei von Fibrinklumpen. Die beste Therapie besteht in der sofortigen Pleurotomie und antiseptischen Ausspülungen (besonders Sublimat 1:4000—1000).

W. Voigt (Oeynhausen).

419. **Ueber Cholesterinurie**; von Dr. Willy Hirschlaff. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XLII. 5 u. 6. p. 531. 1899.)

H. sah reichlich Cholesterin im Harne eines Kranken mit Hydronephrose. Cholesterinurie ist im Ganzen selten und lässt, falls nicht gleichzeitig Chylurie besteht, auf fettige Entartung von Theilen der Harnorgane oder auf alte Eiterungen in den Harnwegen schliessen. Dippe.

420. **The clinical features of sporadic trichinosis**; by Prof. William Osler. (Amer. Journ. of the med Sc. CXVII. 3. p. 251. March 1899.)

Die Trichinose ist bei massenhaftem Auftreten und bei Familienepidemien leicht zu diagnosticiren, wird aber bei sporadischem Auftreten meistens nicht erkannt und erst zufällig bei der Sektion gefunden. O. theilt 5 sporadische Fälle ausführlich mit, in denen die Fiebercurve 4mal einen typhoiden, und 1mal einen intermittirenden Verlauf zeigte.

Für die Diagnose sind besonders 3 Symptome von Wichtigkeit: 1) Schmerzen und Schwellung der Muskeln, 2) Oedeme, 3) Leukocytose und Eosinophilie.

Schmerzen in den Gliedern und im Rücken sind auch beim Typhus nicht selten; dagegen werden Muskelschmerzen und Schwellungen der Bein- und Armmuskeln nur ganz ausnahmeweise auf der Höhe und am Ende der Krankheit, wahrscheinlich in Folge von Neuromyositis, beobachtet. Lokale Oedeme, die bei Trichinose besonders an den Augenlidern frühzeitig auftreten, kommen beim Typhus wohl gar nicht vor. Leukocytose mit Eosinophilie sind gleichfalls bei Typhus nicht vorhanden und wurden in allen 5 Fällen O.'s nachgewiesen. Die hierauf gestellte Diagnose der Trichinenkrankheit wurde durch die Muskelexcision bestätigt. Die Eosinophilie ist wahrscheinlich eine Folge der Myositis und kommt vielleicht auch in anderen Fällen von infektiöser Myositis vor, so dass dann nur die Muskelincision die Diagnose sichern würde. Immerhin würde die Eosinophilie, wenn sie sich durch weitere Beobachtungen bestätigt, ein wichtiges Kennzeichen der Trichinose sein.

H. Meissner (Leipzig).

421. **Ueber einen weiteren Fall von Taenia (Hymenolepis) nana von Siebold in Deutschland**; von Dr. Heinr. Röder. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 11. 1899.)

Die Taenia nana ist besonders in Italien (im Süden und auf Sizilien) heimisch und anderswo nur von Rasch (1 Fall aus Siam), Lutz (2 Fälle aus Brasilien), Miura (2 Fälle aus Japan), und Mertens (1 Fall aus Deutschland in Bonn 1892) beobachtet worden. Der 2. Fall aus Deutschland wurde von R. in der med. Klinik in Bonn im August 1897 beobachtet und stammte wahrscheinlich gleichfalls aus Köln, woselbst die Kranke, ein $2^1/_2$jähr. Mädchen bis vor 4 Monaten gelebt hatte.

Die Kr. war etwas scrofulös, blass, leicht ermüdend und schläfrig, aber gut genährt und hatte nach Angabe des früheren Arztes auf Wurmmittel einen Spulwurm und Bandwurmeier entleert. Es wurden am Abend 3 Dosen Calomel (stündlich 0.05 g) und am folgenden Morgen 2.5 g Extr. aeth. fil. mar. und $^1/_2$ Stunde später 2 Esslöffel Ricinusöl gegeben und darauf zahlreiche Eier von Ascaris lumbr. und in jedem Präparate 3—4 Eier von Taenia nana nachgewiesen. Die Stühle der nächsten Tage zeigten stets Ascariseier, aber erst nach 11 Tagen fanden sich wieder einzelne Tänieneier. Am 2. Sept. wurde Santonin (0.05 g 3mal stündlich) und Ricinusöl gegeben und es zeigten sich darauf keine Wurmeier mehr. Eine spätere Untersuchung des Stuhles im December ergab wieder zahlreiche Ascarideneier und in jedem Präparate etwa 1 Tänienei; im März 1898 der gleiche Befund. Nach einer grossen Dose von 5 g Filixextrakt in der Form des Bandwurmtritol Helfenberg wurden wieder Eier von Ascaris und Taenia nana (in 3 Präparaten 1 Ei), aber keine Würmer entleert, worauf das Kind dauernd von Wurmeiern befreit blieb.

Die Heilung erfolgte hier, ohne dass die Tänien selbst zu Gesicht gebracht wurden, indem sie bei ihrer Kleinheit der Beobachtung entgingen; doch konnte bei der charakteristischen Beschaffenheit der Eier an der Diagnose kein Zweifel sein. Die Quelle der Infektion konnte nicht ermittelt werden; die Mitbewohner des Hauses waren frei, und an eine Infektion durch Mäuse konnte nicht gedacht werden, da diese gleichfalls keine Tänien zeigten und die Taenia murina zwar der Taenia nana ähnlich ist, aber doch durchgreifende Unterschiede von dieser zeigt. Bei der Aehnlichkeit beider Formen wird man auch bei der Taenia nana direkte Entwickelung und einen ähnlichen Entwickelunggang wie bei der Taenia murina annehmen dürfen; es wird sich also, wie Grassi für Taenia murina nachgewiesen hat, auch hier aus den Eier enthaltenden Proglottiden in den Darmzotten nach 24—50 Stunden ein Cysticercoid bilden, aus dem sich nach 3—8 Tagen die freie, 2—4 mm lange Taenia entwickelt. Die Behauptung Leichtenstern's, dass die Gegenwart von Taenia nana das Auftreten von Charcot'schen Krystallen nicht bedingt, fand R. bestätigt.

H. Meissner (Leipzig).

422. **Ankylostomiase et anémie des mineurs**; par le Dr. Verdun, Lille. (Echo méd. du Nord III. 23; Juin 4. 1899.)

V. giebt eine klare und übersichtliche Darstellung unserer Kenntnisse von den Ankylostomen und der durch sie bedingten Minenanämie. Letztere wird hauptsächlich durch die fortgesetzten Blutentziehungen, sowie durch den sekundären Darmkatarrh und die toxischen Absonderungen des Wurmes herbeigeführt; doch spielen auch die ungünstigen hygieinischen Verhältnisse der Arbeiter, der Alkoholismus, übermässige Anstrengungen, schlechte Ventilation u. s. w. eine beträchtliche Rolle. Als wirksame Heilmittel kommen Extr. aeth. fil. mar. und Thymol in Betracht; doch darf ersteres nur mit salinischen Abführmitteln, nicht mit Ricinusöl verbunden werden, da dieses den giftigen Bestandtheil des Extraktes auflöst und dessen Absorption durch die Darmschleimhaut befördert. Das durch Thymol oft erzeugte Magendrücken wird durch Eis oder kaltes Wasser meist schnell beseitigt. Nach Peckolt ist auch das Doliarin von günstiger Wirkung, während Santonin und Calomel erfolglos sind. Die prophylaktischen Vorschriften, namentlich hinsichtlich der Beobachtung grösster Reinlichkeit in Essen, Trinken, Kleidung, Stuhlentleerung u. s. w. sind bekannt; können jedoch bei der häufigen Nachlässigkeit der Arbeiter nicht oft und dringend genug hervorgehoben werden. H. Meissner (Leipzig).

423. **A contribution to the knowledge of the multilocular echinococcus cyst of the liver**; by Horst Oertel, New Haven (Conn.). (Repr. from the Yale med. Journ. March 1899.)

Der multiloculäre Echinococcus ist seit seiner Entdeckung durch Virchow im J. 1855 etwa 100mal beobachtet worden, und zwar vorzugsweise in Bayern, Württemberg, Tyrol und der Schweiz, seltener auch in Baden, Preussen, Russland. In Amerika fand ihn Prudden zuerst bei einem vor 5 Jahren eingewanderten Deutschen, und auch der von O. mitgetheilte Fall betrifft einen vor 10 Jahren aus Sachsen von der bayerischen Grenze eingewanderten Deutschen. Dieses beschränkte geographische Vorkommen scheint für eine besondere Art der Taenia Echin. zu sprechen, und diese Annahme scheint durch den Versuch von Mangold bestätigt zu werden, der aus den multiloculären Echinococcuscysten des Schweines beim Hunde Tänien mit besonderen Charakteren (von grösserer Länge, mit weniger gekrümmten Haken und knaufförmig vorspringendem Wurzelende) und aus diesen bei einem 12 Wochen alten Ferkel nach 4 Wochen wieder multiloculären Leberechinococcus züchtete.

Der von O. mitgetheilte Fall betraf einen 39jähr. Arbeiter aus Sachsen, der vor 3 Jahren an Kolikanfällen erkrankt war und im Juli 1898 dysenterische Durchfälle, Gelbsucht und Leberschwellung zeigte. Nach Jodkalium nahmen Ikterus und Leberschwellung beträchtlich ab, doch nahm im Herbst das Leiden wieder rasch zu und Dr. Bacon fand bei der Untersuchung am 15. Nov. die Leber handbreit unter den Rippenbogen bis zum Nabel reichend und in der Magengegend eine grosse fluktuirende Geschwulst. Am 3. Tage wurde eine Incision bis auf die adhärirte Cystenwand gemacht und es wurden durch Punktion 4 Liter trüber, hellbrauner Flüssigkeit entleert, darauf die Cystenöffnung erweitert, so dass die Hand eindringen konnte. Die Untersuchung ergab eine rundliche, mannskopfgrosse Höhle mit mehreren unregelmässigen Ausbuchtungen nach dem rechten Hypochondrium zu, rings umgeben von einem schmalen Streifen anscheinend normaler Lebersubstanz. Der vordere, mit der Bauchwand verwachsene Theil der Cystenwand wurde in der Ausdehnung von 2 Handflächen exstirpirt, und da eine Radikaloperation unmöglich war, die Höhle mit Gaze ausgefüllt und die Wunde unverschlossen gelassen. Nach anfänglich günstigem Verlaufe erfolgte nach 30 Stunden der Tod unter plötzlichem Collaps. Die Sektion wurde nicht gestattet.

Die abgezapfte Flüssigkeit zeigte unter dem Mikroskope zahlreiche Eiterkörperchen, viele rothe Blutzellen und Hämatoidinkrystalle, sowie zerfallene Gewebebestandtheile. Das exstirpirte Stück der Cyste hatte einen Durchmesser von 20 cm, war von einer 1—2.5 cm dicken Kapsel umgeben und innen mit einer unregelmässig ausgebuchteten glatten Membran ausgekleidet, mit zahlreichen 2—7 mm tiefen und breiten Einsenkungen. Die Kapsel erschien im Durchschnitt weiss, hart, die Einsenkungen z. Th. isolirt, z. Th. rosenkranzförmig zusammenhängend, mit einer weissen Gallertmasse erfüllt; die peritonäale Oberfläche glatt, mit netzförmigen Verdickungen und Trübungen (Perihepatitis hyperplastica). An der rechten Seite der Cyste zeigte sich die leere geschrumpfte Gallenblase, rechts davon anscheinend normales Lebergewebe mit zahlreichen harten gelben Knötchen besetzt, die sich im Durchschnitt als 1—5 mm grosse, mit Gallerte erfüllte oder leere und mit lamellös geschichteter Membran ausgekleidete Cysten ergaben. An in Alkohol gehärteten und mit Hämatoxylin und Eosin gefärbten Präparaten zeigten sich innerhalb des normalen Lebergewebes deutlich die ersten Stadien der Cystenbildung, netzförmig zusammenhängende, feine Fäden, die im weiteren Verlaufe eine centrale Höhlung und lamellöse Wandung zeigten, und nach dem normalen Gewebe oder nach den benachbarten Neubildungen hin von 1—2 Schichten kleinzelliger Infiltration umgeben waren. Diese Neubildungen hingen nirgends mit den Gallengängen zusammen, sondern waren offenbar von den Blutgefässen oder Lymphräumen ausgegangen.

Bei dem charakteristischen lamellösen Bau der Cystenwandungen konnte an der Diagnose des Echinococcus multilocularis kein Zweifel sein. Wenn die Annahme, dass die beiden in Amerika beobachteten Fälle aus Deutschland eingeführt wurden, wahrscheinlich ist, so ist doch die lange Latenz der Krankheit von 5, bez. 10 Jahren noch unerklärt. H. Meissner (Leipzig).

424. **Ueber Tripper.** (Vgl. Jahrbb. CCLXIII. p. 152.)

Behandlung.

Zur Austilgung der Gonorrhöe; von Dr. Blokusewski. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 100. 101. 1898.)

Zum Schutze gegen die Gonorrhöe ist die allgemeine Einführung prophylaktischer Einträufelungen in die männliche Harnröhre zu erstreben. Hierzu ist 2proc. Höllensteinlösung, analog der Credé'schen Bindehautbehandlung, zu verwenden. Bl. hat tragbare Hebammentropfgläser, in denen die Lösung darin bleiben kann, dafür empfohlen. Sie machen eine Medicinflasche überflüssig. Der Tropfapparat mit Gebrauchsanweisung wird

von der Firma *Gebr. Bandekow* in Berlin, Belle-Allianceplatz 7, vertrieben und kostet gefüllt 1 Mk. 50 Pf.

Zur Prophylaxe des Trippers; von Dr. Ernst R. W. Frank. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 5. 1899.)

Zur Verhütung einer Tripperinfektion empfiehlt Fr., eine 20proc. Protargolglycerin-Lösung für 5 Sekunden in die Fossa navicularis zu bringen. Er hat Trippersekret mittels einer Platinöse in die gesunde Harnröhre von 8 Patienten gebracht und in der Fossa navicularis verrieben. 4 davon hat er 10 Minuten darauf 21 Tropfen der Lösung in das Orificium tropfen lassen; diese blieben gesund, während die anderen 4 Controlimpflinge an Tripper erkrankten.

Er vindicirt daher diesem Verfahren einen unbedingten Schutz gegen eine Tripperinfektion. Es hat gegenüber der 2proc. Höllenstein-Lösung den Vorzug, nicht zu reizen.

Ein kleines, bequem in der Tasche unterzubringendes, die Lösung enthaltendes Tropfröhrchen ist in den Handel gelangt.

Nachtrag zum Artikel „Zur Austilgung der Gonorrhöe“; von Dr. Blokusewski. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 20. 1899.)

Auf Grund der auch von Welander dem Protargol bestätigten prophylaktischen Wirkung (Injektion von 6 ccm einer 3—4proc. Lösung) gegen die Tripperinfektion, acceptirt Bl. die Frank'sche Protargolglycerin-Lösung für seine Tropfapparate, die mit dieser Füllung unter dem Namen: Samariter II in den Apotheken erhältlich sind.

Ueber Injektionen in die Harnröhre; von Dr. Vajda. (Wien. med. Wchnschr. XLVII. 23—28. 1897.)

V. möchte durch Versuche die Frage entscheiden, ob bei Einspritzungen mit der gewöhnlichen Tripperspritze die Injektionflüssigkeit in die Pars prostatica gelangt. In der I. Gruppe von 9 Versuchen liess er 6—12 ccm einer $^1/_2$proc. Methylenblau-Lösung injiciren und besichtigte danach mit dem Endoskop den hinteren Abschnitt der Harnröhre. Er fand Methylenblau regelmässig in den Falten und Drüsenöffnungen neben, vor oder hinter dem Colliculus seminalis. In der II. Gruppe (10 Patienten) wurde der Colliculus seminalis auf seiner Höhe mit Eisenchlorid betupft und auf gewöhnlichem Wege Ferrocyankali-Lösung injicirt. Die touchirten Stellen zeigten sich darauf schwarz verfärbt. Dadurch soll bewiesen werden, dass die Flüssigkeit nicht nur durch Capillarattraktion, unter Benutzung der Faltentiefen, vordringt. Selbst corpusculäre Elemente (Talk) enthaltende Injektionen dringen bis zur Blase vor (Gruppe III).

Die hierzu nöthigen Druckhöhen werden von verschiedenen Autoren sehr verschieden angegeben: von 50 cm bis 400 cm. Auch das hierzu nöthige Quantum wird von 9 ccm (Sigmund) bis 17.5 ccm und mehr (Guiard) geschätzt. Von Wichtigkeit ist natürlich der Widerstand, den der Tonus des M. compressor urethrae, des M. bulbo- und ischiocavernosus leistet.

Bei den Versuchen mit einer 23 ccm haltenden, 20 cm langen, graduirten und mit Hg-Manometer verbundenen Spritze, die 48 cm Reibungswiderstand hatte, wurde als Zeichen zum Aufhören („Terminalzeichen“) das Auftreten deutlichen Harnzwanges genommen. Ein leichter Miktionreiz pflegte schon aufzutreten, wenn die Flüssigkeit sich in die Pars membranacea eindrängte. Von diesem Moment bis zum Auftreten von Harnzwang, d. h. Füllung der Pars membranacea und prostatica, war gewöhnlich noch die Injektion von 2 ccm nöthig. Der Widerstand der Harnröhre gegen die Injektion wächst dabei gleichmässig und wurde an der Spritze bei den letzten 2 ccm deutlich fühlbar.

Bei weiteren Versuchen zeigte sich, dass Völle der Blase den Tonus der Harnröhrenmuskulatur erhöhte und das Eindringen der Flüssigkeit in die Pars prostatica verwehrte, was bei entleerter Blase leicht zu erreichen war.

Körperwarme Lösungen drangen bei demselben Individuum leichter ein (sogar bei geringerem Druck) als zimmerwarme. Sie lösten sogar manchmal keinen Harnzwang aus, wenn sie in die Pars prostatica eindrangen. Im Allgemeinen nahm dieselbe Urethra von warmen Lösungen mehr in sich auf, als von kalten.

Gleichmässiger Druck beförderte auch das Eindringen; ruckweise Entleerung der Spritze veranlasste Zuckungen der Muskulatur. Die Tripperspritze muss daher einen gleichmässigen Gang haben.

Die Resultate V.'s stehen in Gegensatz zu denen der meisten Autoren; diese leugnen die Möglichkeit des Vordringens der auf gewöhnliche Art gemachten Injektionen, z. Th. auf Grund theoretischer Erwägungen. Für die Heilmethode und den Patienten ist die Frage aus verschiedenen Gründen sehr wichtig.

Zwei kardinale Punkte bei der Behandlung des akuten Trippers; von P. G. Unna. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVII. 1. p. 20. 1898.)

Diese beiden Punkte sind: sofortiger Beginn und strikte Durchführung der Injektionen am *Tage und in der Nacht* in regelmässigen Intervallen und langsames Ausschleichen aus dieser Behandlung durch allmählich seltener werdende Injektionen über Wochen hinweg, auch wenn der Ausfluss schon nach der ersten Woche nicht mehr vorhanden ist.

Durch die regelmässige (1—2mal) nächtliche Entleerung des Urins wird der Eiter ausgewaschen und werden Erektionen vermieden: die Besserung ist in Folge dessen eine gleichmässig fortschreitende, während ohne dies stets Morgens sich die bekannte Verschlimmerung zeigt.

Zur Technik der Harnröhreninjektionen; von Stockmann. (Aerztl. Polytechn. 6. 1898.)

St. empfiehlt eine Klemme zum Verschluss der Harnröhre, anzulegen im Sulcus oder in der Eichel. Bei der Vornahme der prolongirten Protargolinjektionen erlahmen die Finger leicht. Es kann daher ein mecha-

nischer Ersatz recht brauchbar sein. St. versichert besonders, dass üble Folgen des Druckes ihm nicht vorgekommen seien.

Verschlussapparat für die Harnröhre zum Zwecke von Verweilinjektionen; von Eduard Schiff. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVI. 7. p. 344. 1898.)

Sch.'s von *Leiter* in Wien verfertigter Apparat ist complicirter, schont aber die Eichel mehr als die Klemme Stockmann's. Er hat das Princip der Trendelenburg'schen Kanüle für die Luftröhre und verschliesst die Harnröhre durch eine aufzublasende Gummiblase.

Zur Behandlung der Gonorrhöe, insbesondere mit Argonin und Protargol; von Dr. Niebergall. (Deutsche milit.-ärztl. Ztschr. XXVII. 6. p. 258. 1898.)

In der preussischen Armee betrug im Jahre 1892 der Zugang wegen Trippers 6910, 1893 7737 Mann. Die Kranken brauchten 232112, bez. 244949 Behandlungstage. Methoden, die die Behandlungsdauer zu verkürzen vermögen, bringen für den Etat gleichzeitig eine Ersparniss und müssen daher in den Militärlazarethen geprüft werden. N. resumirt seine Erwägungen wie folgt: „Wenn es auch nicht zweifelhaft ist, dass die Argentum-Eiweissverbindungen besondere Eigenschaften besitzen, die sie zum Gebrauche als Antigonorrhoica vorzugsweise geeignet machen, so möchte ich doch hervorheben, dass die von Janet angegebenen systematischen Permanganatspülungen, welche, mit Vorsicht gemacht, nur eine geringe Reizung der Harnröhrenschleimhaut verursachen, schnell auch die Gonokokken beseitigen, somit also in ihren Eigenschaften den theueren Silber-Eiweiss-Verbindungen sehr nahe kommen, in Berücksichtigung zugleich ihres enorm geringen Preises uns vorläufig als Ersatz für Argonin und Protargol dienen müssen.“

Aus den Erörterungen sei noch hervorgehoben, dass N. bei allen 3 Mitteln, obwohl Gonokokken schon mehrere Tage nicht mehr gefunden worden waren, Rückfälle erlebte. Für die Behandlung ergiebt sich daher, dass man dem Schwinden der Gonokokken nicht trauen soll und nicht die Schnelligkeit der Heilung, sondern die völlige Sicherheit das Ziel sein solle. Für die Behandlung müssen weiter 3 Stadien der Erkrankung unterschieden werden: 1) das infektiöse; 2) das der aufgelockerten, veränderten Schleimhaut, in deren Sekret Gonokokken nicht gefunden werden. In diesem Stadium ist die Schleimhaut sehr empfänglich für sekundäre Infektionen mit anderen Bakterien, wodurch dann ein 3. Stadium entsteht: das der Sekundärinfektionen oder pseudogonorrhoischen Entzündungen. Für das 1. Stadium passen die baktericiden Mittel, vereint mit mechanischer Ausspülung, die die Harnröhre möglichst entfalten soll; für das 2. die Adstringentien; für das 3. Waschungen mit Sublimat 1:20000.

Die Behandlung der Gonorrhöe durch Spülungen mit übermangansaurem Kali nach Janet; von Dr. Niebergall. (Deutsche milit.-ärztl. Ztschr. XXVI. 8. 9. 10. p. 337. 422. 1897.)

Die Spülungen sind um so wirksamer, je früher sie gemacht werden. Bei jedem frischen Tripper ist die Abortivmethode zu versuchen: bis 36 Std. nach dem ersten Auftreten des Ausflusses. Später ist der Erfolg zweifelhaft. In den ersten 36 Std. begonnen, erzielte die Methode in 77.2% der Fälle innerhalb der ersten 10 Tage Heilung.

Bei Behandlung subakuter und chronischer Tripper darf man von der Methode *nur* Beseitigung der Gonokokken erwarten. Die sonst zurückgebliebenen Veränderungen, hartnäckiger, nicht gonokokkenhaltiger Ausfluss werden durch die Permanganatspülungen *nicht* beeinflusst.

Die Behandlung der Urethritis gonorrhoica nach dem Janet'schen Verfahren; von Dr. C. F. v. Otto. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 12. 1898.)

Die Behandlungdauer bei akuter Urethritis gonorrhoica bis zur Heilung betrug 10—15 Tage. v. O. benutzt dabei Lösungen von 1:6000 in den ersten 4—6 Tagen 2mal täglich.

Er rühmt jedoch das Verfahren auch für chronischen Tripper und schreibt dem mechanischen Reize, der einer feinen Massage gleicht, einen heilsamen Einfluss auf die alten Infiltrate zu.

Behandlung des Trippers mit Spülungen; von Dr. Neuhaus in München. (Mon.-Schr. f. prakt. Dermatol. XXVI. 3. p. 117. 1898.)

Die Spülungen mit Kal. hypermang. (bis 1.0 auf 1 Liter) geben nur in ganz frischen Fällen, wenn noch nicht die Höhe der Entzündung erreicht ist, Resultate, die die Anwendung empfehlenswerth machen. Sie sind in den ersten 3 Tagen 2mal täglich vorzunehmen. Bei chronischem Tripper helfen sie gar nichts.

Spülungen mit Sublimat (0.1—0.25 : 1 Liter) empfiehlt N. bei postgonorrhoischen Harnröhrenentzündungen.

Janet's Irrigationen in der Therapie der Gonorrhöe; von Dr. Franz Krzysztalowicz. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLII. 2. p. 195. 1898.)

Kr. erreichte bei 60 Erkrankungen verschiedener Stadien 35 Heilungen (58.3%), und zwar waren die Erfolge besser, wenn er im Anfange nur 2mal täglich, als wenn er 3mal täglich (nach Janet's ursprünglicher Angabe) irrigirte, denn die Heilung nahm im 1. Falle 10 Tage (bei akuten und subakuten Erkrankungen), im 2. Falle bei akuten 33, bei subakuten 17 Tage in Anspruch. Die Erfolge waren im subakuten Stadium und in dem vorakuten (am 1. und 2. Tage nach Erscheinen des Ausflusses) die besten. Bei chronischem Tripper hatte Kr. keinen Erfolg!

Zur Behandlung der Blennorrhöe; von Dr. Stark in Thorn. (Mon.-Schr. f. prakt. Dermatol. XXV. 12. p. 615. 1897.)

St. hält die Janet'schen Spülungen bei *akuter* Blennorrhöe nicht für wirksamer als Einspritzungen mit *Argonin.*

Für Blennorrhoea anterior *chronica* empfiehlt er die combinirte Anwendung von Argonininjektion, 4:200, 3mal täglich 5 Minuten lang und Spülung der vorderen Harnröhre mit warmer Lösung von übermangansaurem Kali, 0.5:1000 bis 1:1000, täglich 1mal. Er glaubt, dass die Spülungen zu

einer Auflockerung der Schleimhaut führen, die der Tiefenwirkung des Argonins förderlich ist.

Versuche mit einigen neueren Ersatzmitteln des Argentum nitricum in der Tripperbehandlung; von Dr. Niessen. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 12. 1898.)

N. empfiehlt *Argonin* (2% und mehr), weil es reizlos und baktericid ist; er empfiehlt auch *Dextroform*, eine Verbindung von Formaldehyd mit Dextrin, von Classen in Aachen hergestellt, in $1^1/_2$—2proc. Lösung anzuwenden wegen der gleichen Eigenschaften.

Airol erschwert durch Trübung die Beurtheilung des Urins und erzeugt Reizerscheinungen.

Ueber die Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol) bei der Behandlung der Gonorrhöe; von Werler. (Dermatol. Ztschr. IV. 5 u. 6. p. 582. 1897.)

W. preist das *Itrol* als stark gonokokkenfeindlich, als nicht reizend und als energisch in die Tiefe wirkend und wendet es in steigender Concentration von 0.02—0.05 : 200 an.

Ueber praktisch wichtige Verbesserungen der Injektionstechnik bei der Heilung des akuten Harnröhrentrippers mit Lösungen von Silbercitrat (Itrol); von Werler. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 16. 1898.)

Die Injektionen sollen so frühzeitig wie möglich, 4—5mal täglich und mit einer 6—8 ccm enthaltenden Spritze gemacht werden. Die Injektion soll lauwarm sein und das Eingespritzte 10 Min. in der Harnröhre verbleiben, nach voraufgegangener Reinigung derselben mit einer halben Spritze der Lösung.

Zur Therapie der Gonorrhöe; von Dr. Th. Spietschka. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LX. 2 u. 3. p. 245. 1897.)

Sp. benutzte die von Behring empfohlene Lösung (Silberchlorid 1.0 in 7500 Wasser gelöst erhalten durch 10—15 g Na subsulphurosum) zur Irrigation der Harnröhre bei Tripper, konnte aber Behring's Angaben nicht bestätigen. Er steigerte daher die Lösung auf 1 : 200 und fand bei 65 Kranken auch so keine günstige Wirkung.

Zur Behandlung der Gonorrhöe mittels eines neuen Silbersalzes; von Dr. Th. Spietschka. (Prag. med. Wchnschr. XXIII. 18—20. 1898.)

Ausgehend von den vortheilhaften Eigenschaften der Phosphorsäure, die darin bestehen, dass sie die Gewebe nicht ätzt und Eiweiss aus Lösungen nicht ausfällt, sondern im Gegentheile bereits ausgefälltes wieder auflöst, stellte Sp., bez. sein chemischer Mitarbeiter Robertson, auf etwas umständlichem Wege, der im Originale einzusehen ist, eine Lösung dar, in der das zweifachsaure Silbersalz der Orthophosphorsäure mit einem geringen Ueberschusse von freier Phosphorsäure enthalten ist. Diese Lösung verhält sich gegen Eiweiss wie die Phosphorsäure. Die Prüfung ihrer bakterientödtenden Kraft ergab ein günstiges Resultat: es wurden mit Bouillonculturen getränkte Wollfäden benutzt, aus denen die Bouillonchloride ausgewaschen waren zur Vermeidung der Ausfällung von unlöslichen Chloriden. Die gonokokkentödtende Kraft der Lösungen des sauren Silbersalzes der Phosphorsäure war im Besonderen der einer Protargollösung weit überlegen. Eine Lösung der ersteren 1 : 100 tödtet momentan, 1 : 1000 in 1 Minute Gonokokken; Protargol in gleicher Stärke erst in 1 Stunde.

Es zeigte sich aber, dass das phosphorsaure Salz die Harnröhre stark reizt: es konnten daher im Anfange der Behandlung nur $^1/_4$ pro Mille Lösungen eingespritzt werden; diese liessen sich allmählich auf $^1/_4$procentige steigern. Die Einspritzungen wurden 1—2mal am Tage, jedesmal aber mit 3—4 Spritzen, gemacht.

Bei 43 klinischen Kranken mit akutem Tripper waren drei Misserfolge, die übrigen verloren in 4—6 Tagen die Gonokokken und waren bald darauf geheilt.

Auch bei chronischen Urethritiden gab das Mittel überraschend gute Erfolge; früh wurde die Silberlösung, Abends ein Adstringens eingespritzt.

Sp. hält das Mittel für eines der wirksamsten Antigonorrhoica.

Zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündung; von Iwan Bloch. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVI. 3. p. 124. 1898.)

Bl. erhebt seine Stimme gegen den frühzeitigen Beginn mit Injektionen, besonders gegen das Protargol bei akutem Tripper.

Ueber das Protargol als Antigonorrhoicum; von Prof. Finger. (Die Heilkunde 1898.) Sond.-Abdr.

F. verlässt den Standpunkt der abwartenden Behandlung des akuten Stadium, den er in den Perioden der adstringirenden und adstringirend-antiseptischen Mittel einnahm. Mit dem rein antiseptischen, reizlosen (weil nur schwach alkalisch reagirenden) Protargol beginnt er die Behandlung auch „je früher, desto besser“. Sie bedingt dann einen raschen und günstigen Verlauf, indem sie die akuten Erscheinungen hintanhält und das Uebergreifen auf die Pars posterior in der Mehrzahl der Fälle verhindert. Man soll jedoch nicht erwarten, dass das Protargol die Behandlungdauer wesentlich abkürzt, indem nicht nur eine verlängerte Anwendung bei jedesmaliger Injektion, sondern zum Schlusse der mehrwöchigen Behandlung auch meist die Mithülfe von antiseptischen Adstringentien nöthig ist, um Recidiven vorzubeugen.

Einige wenige Fälle von akutem Tripper blieben aber auch dem Protargol gegenüber refraktär und bewiesen, dass die Gonorrhöe eine individuell verschiedene Krankheit ist.

Bei chronischer Gonorrhöe misst F. dem Mittel keinen Werth bei.

Ueber Protargol, ein neues Antisepticum und Antigonorrhoicum; von Dr. Benario. (Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 49. 1897.)

Protargol ist die Verbindung von Silber mit einem Proteinstoffe in organischer Molekülbindung. Staphylokokken in wässeriger Suspension wurden durch 1proc. Protargollösung nach 5—7 Min. abgetödtet, in eiweisshaltigen Medien (Serum) jedoch schon nach 3 Minuten.

Das Mittel hat keine Aetzwirkung (Versuche an Thieren durch Einführung subcutan, per os und in das Auge).

Es wird daher als Antigonorrhoicum empfohlen, auch als Verbandwasser (5proc.) und 10proc. Salbe.

Ueber das Protargol als Antiblennorrhoicum und Antisepticum; von Dr. Arthur Strauss. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVI. 3. p. 129. 1898.)

St. empfiehlt das Protargol, besonders zu Spülungen bei Urethritis posterior. Er warnt davor, zu früh auszusetzen, selbst bei negativem Gonokokkenbefunde.

Er empfiehlt gleichzeitig Protargol als Streupulver bei torpidem Unterschenkelgeschwüre.

Zur Behandlung des Trippers mit Protargol; von Dr. Stark in Thorn. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVI. 7. p. 339. 1898.)

St. hatte gute Erfolge; er hebt besonders hervor, dass von seinen 17 mit Protargol behandelten akuten Tripperkranken kein einziger Urethritis posterior bekam.

Ueber die Wirkung des Protargol, sowie Bemerkungen über die Beurtheilung der Wirkungsweise neuer Präparate bei Gonorrhöe; von H. Lohnstein. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 18. 1998.)

L. hebt die Reizlosigkeit des Protargol in erster Linie hervor. Er bemängelt an den enthusiastischen Veröffentlichungen Anderer über Trippermittel, dass nicht angegeben wird, ob die rasch geheilten Patienten an einem ersten Tripper oder an Recidiven gelitten haben und dass sie nicht auf die Haltbarkeit ihrer Heilung beobachtet worden sind.

Die Veröffentlichung wird durch einen Fall gewürzt: Dem Kr. sollen innerhalb zweier Stunden 50 Liter 1proc. Protargollösung (= 500 g Protargol) durch die Harnröhre gelaufen sein. Gonokokken waren weder vor, noch nach dieser theuren Spülung vorhanden, Leukocyten fehlten auch nachher nicht ganz. Aber Reizung folgte nicht.

Zur ätiologischen Behandlung der Gonorrhöe; von Dr. Ludwig Weiss. (New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 2. p. 51. 1899.)

W. spricht sich für die Protargolbehandlung aus; sie soll so früh wie möglich beginnen, stetig verlängert werden (2mal 5 Min., 1mal 30 Min. oder auch 3mal 20 Min.) und mit einer grossen (10—15 ccm haltenden) Spritze gemacht werden.

Zur Behandlung der akuten Gonorrhöe mit Protargol nebst einer Besprechung der Irrigationsbehandlung beim frischen Tripper; von Dr. R. Barlow. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 45. 46. 1897.)

B. empfiehlt auch das Protargol bei Tripper ($^1/_4$—$^1/_2$—1%) als reizlosen Gonokokkentödter, und zwar angewendet in prolongirten Injektionen (2mal täglich je 5 Min., 1mal bis 30 Min. lang). Eine Erkrankung der hinteren Harnröhre tritt bei Protargolbehandlung seltener ein als bei Anwendung anderer Mittel.

Die Irrigationbehandlung der vorderen Harnröhre ist durch das Protargol entbehrlich geworden.

Dagegen ist sie bei akutem Tripper der hinteren Harnröhre, ausgeführt durch „Irrigatordruck“ ohne Einführung von Instrumenten, vorläufig die beste und angenehmste Behandlung.

Ueber die desinficirende Kraft des Largins (einer neuen Silbereiweissverbindung) gegenüber dem Gonococcus; von Dr. C. Pezzoli. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 11. 1898.)

Das Largin wird von *Lilienfeld & Co.* aus salpetersaurem Silberoxyd und einem neuen, phosphorfreien, alkohollöslichen Eiweissspaltungsprodukte dargestellt. Seine wässerige Lösung ist schwach alkalisch. P. machte nun, um Vergleichswerthe gegenüber in derselben Weise erprobten Mitteln, besonders dem Protargol, zu erhalten, Abtödtungsversuche und Nährbodenverschlechterungversuche. Eine dritte Reihe von Untersuchungen verfolgte die Imbibitionfähigkeit der Lösung an Leberstückchen und an erstarrter, mit Colibacillus geimpfter Gelatine.

Das Largin erwies sich in baktericider Richtung als überlegen, wobei allerdings die jeweilige vitale Energie der benutzten Gonokokkenzucht nicht in Rechnung gebracht werden kann. Es äussert nur in geringem Grade eine Nährböden verschlechternde Wirkung, ähnlich den anderen organischen Silberverbindungen, im Gegensatze zum Arg. nitricum. In todte organische Substanz (Leber) dringen ein: Argentamin, Arg. nitr., Largin, Protargol der Reihe nach 100, 66, 58, 38 μ tief, in Gelatine jedoch 16, 4, 10, 5 mm tief. Man sieht den Widerspruch der beiden Reihen und wird danach die Verhältnisse einer kranken Mucosa nicht beurtheilen können.

Ueber das Largin, ein neues Antigonorrhoicum; von Dr. C. Pezzoli. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 12. 1898.)

Das Mittel wurde im Ambulatorium Finger's erprobt. Es ist ähnlich dem Protargol eine Silbereiweissverbindung, die constant 11.1% Silber enthalten soll. Es soll ferner an baktericider Kraft und Imbibitionfähigkeit dem Protargol überlegen sein und keine oder nur geringe Reizwirkungen auf die Mucosa ausüben.

Von 35 Kr. mit frischer Urethritis anterior genasen 27 (= 77%), ohne dass Zeichen von Urethritis posterior hinzugekommen wären (nach Finger bei *Protargol*-Behandlung 64% unter 34 Kr.).

Das Mittel ist im Stande, dem Tripperprocesse rasch Einhalt zu thun. Es wird in Lösungen von 1—$^1/_2$% angewandt, in der gleichen Art wie Protargol.

Einiges über Larginbehandlung bei Gonorrhöe, Prostata- und Blasenerkrankungen; von Dr. Schuftan und Dr. Aufrecht. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 84. 1898.)

Das Largin hat, wie durch Laboratoriumversuche gefunden wurde, eine beachtenswerthe desinfektorische Kraft und wirkt, in $^1/_4$proc. Lösung angewandt, hemmend auf das Fortschreiten des gonorrhoischen Processes, ohne zu reizen. An eine Tiefenwirkung des Largin auf das lebende Gewebe vermögen Sch. u. A. eben so wenig zu glauben wie bei den übrigen Silbereiweissverbindungen.

Ueber Gonorol; von Prof. Riehl. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 52. 1898.)

Gonorol (Firma *Heine & Co.*) wird aus Santelöl hergestellt und soll dessen wirksame alkoholische Bestandtheile mit Ausschluss anderer, den Magen oder die Nieren reizender Beimengungen enthalten. Es wurde 50 klinisch beobachteten Kranken zu 2—3 g pro die gegeben, hatte auf den Verlauf der Urethritis den bekannten günstigen Einfluss unverfälschter Santelöle, dabei nur geringe subjektive Nebenwirkungen.

Zur Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündung; von Iwan Bloch. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVI. 3. p. 124. 1898.)

Nachwort zu diesem Aufsatze. (Ebenda 4. p. 196.)

Bl. tritt dem modernen Standpunkte der „Gonokokkenbehandlung“, d. h. der Behandlung der Blennorrhöe mit baktericiden Mitteln, entgegen, indem er in reaktiver, beinahe archaischer Weise die diätetischen, antiphlogistischen und medikamentösen Mittel betont. Er leugnet die baktericide Wirkung der Silberverbindungen. „Gonococcus und Blennorrhöe sind grundverschiedene Dinge.“ In diesem Satze concentrirt sich seine Weisheit, der eine grössere Erfahrung nicht zu Grunde zu liegen scheint.

Ueber die Wirkung des ostindischen Sandelholzöles beim Tripper nebst einigen allgemeinen Bemerkungen; von Iwan Bloch. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVI. 6. p. 284. 1898.)

Sandelöl macht (nach Schmiedeberg) den Harn aseptisch und wirkt dadurch heilsam auf die Schleimhaut. Es sei vor allen Dingen reines und *ostindisches* (westindisches wirkt weniger) und soll während der ganzen Dauer der Behandlung, 3 g pro die, gegeben werden. Verfälschte Santelöle reizen den Verdauungskanal. Starkes Schwitzen soll während des Gebrauches vermieden werden, weil Sandelöl bei vorwiegender Ausscheidung durch die Haut dieselbe reizt und Exanthem erzeugt.

Betrachtungen über die Behandlung der Gonorrhöe; von Dr. Bruck. (Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 21. 1898.)

B. legt Verwahrung ein gegen die Unsitte der eiligen Veröffentlichungen über neue Trippermittel. Viele Beobachter lassen sich durch den launischen Verlauf der Gonorrhöe über den Werth ihrer Therapie, besser ihrer Versuche, täuschen. Ein Trippermittel muss stets gleichzeitig nach den drei Gesichtspunkten geprüft werden, ob es den Schleimhautkatarrh günstig beeinflusst, ob es die Gonokokken tödtet und ob es Complikationen verhütet. Ferner geben nur sehr grosse Zahlen eine Bürgschaft dafür, dass man sich nicht täuscht.

Zur Behandlung der Urethritis beim Weibe; von Dr. Gustav Kolischer. (Wien. klin. Rundschau XI. 31. 1897.)

K. berichtet über eine üble Folge, die die Behandlung weiblicher Urethritis mit medikamentösen Stäbchen aus Cacaobutter und Wachs haben kann. Nach Heilung der Urethritis stellten sich Blasenbeschwerden ein und es zeigte sich, dass viel Wachs in die Blase gekommen war und sich am Blasenscheitel in Träubchenform festgesetzt hatte. Diese Fremdkörper hingen fest und mussten mit der Curette entfernt werden.

Daher ist Wachs nicht zu verwenden. Die Stäbchen sollen nur aus Cacaobutter bestehen, nur 4 cm lang sein und nicht tief hineingeschoben werden. Werther (Dresden).

VI. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

425. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tubentuberkulose**; von Dr. Emil Knauer. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 710. 1899.)

Bei der chronischen Tubentuberkulose kommt es, wenn das abdominale Ende der Tube offen bleibt, manchmal zur Bildung isolirter, nur mit dem peripherischen Tubenende in Verbindung stehender Tumoren. Sie bestehen aus käsig tuberkulösem Brei und Eiter, der durch Pseudomembranen abgesackt ist. Ihre Entstehung ist so zu denken, dass sich der tuberkulöse Tubeninhalt in die Bauchhöhle entleert und daselbst abgekapselt wird oder dass er sich in bereits durch Adhäsionen vorgebildete Hohlräume ergiesst und so zur Bildung grösserer oder kleinerer isolirter tuberkulöser Tumoren führt.

Von diesen seltenen Tumoren wurde einer in der Grösse von 16:15:6 cm nebst den Ovarien und tuberkulös erkrankten Tuben durch Laparotomie von einer 17jähr. Kr. gewonnen. Ein anderer fand sich in der Präparatensammlung der Klinik. Brosin (Dresden).

426. **Ueber primäre Sarkome der Vagina bei Erwachsenen**; von Ph. Jung. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 3. p. 373. 1899.)

1) 50jähr. Frau. Seit einigen Monaten Blutungen, Ausfluss, Drängen nach unten. 10. Oct. 1896 Entfernung einer im rechten Scheidengewölbe sitzenden faustgrossen, harten Geschwulst. Wegen Rückfalles am 29. Sept. 1897 Entfernung einer faustgrossen Geschwulst unter der rechten Scheidenwand, die sich bis in das rechte Parametrium erstreckte. Oberfläche glatt. Leistendrüsen nicht geschwollen. Starke Blutung bei der Operation. Glatte Genesung. Späteres Befinden?

Mikroskopische Schnitte durch die 1. Geschwulst zeigten ein Netz überaus reichlichen Bindegewebes, in dessen Maschen Züge von glatter Muskulatur eingelagert waren, ferner in einzelnen Bezirken zahlreiche gut gefärbte Riesenzellen und in der Nähe der Oberfläche stellenweise reichliche Leukocyteninfiltration.

Die 2. Geschwulst erwies sich als ein Spindelzellensarkom mit Riesenzellen. Glatte oder quergestreifte Muskulatur war nicht aufzufinden.

2) 52jähr. Frau, seit Pfingsten 1896 eiteriger Ausfluss und Kreuzschmerzen. 13. Oct. 1897 Entfernung einer thalergrossen Geschwulst, die sich von der Harnröhrenmündung auf die rechte seitliche Scheidenwand erstreckte. Oberfläche flach geschwürig. 2. Operation am 18. Mai 1898. Mehrere Knoten, einer an der rechten Seite der Harnröhrenmündung, ein 2. im unteren Drittel der Scheide mit dem aufsteigenden Schambeinast verwachsen. Im mittleren Drittel der Scheide ein kirschengrosser, darüber noch mehrere kleinere. Von einer Radikaloperation wurde Abstand genommen, die grösste Geschwulst wurde ausgeschält, die übrigen wurden verschorft. Am

29. Aug. 1898 wurden noch 2 Knoten aus dem linken Scheidengewölbe ausgeschält. Am 26. Sept. war ein Rückfall in der Narbe am linken Schambeinast aufgetreten. Nach $^1/_4$ Jahre ging die Geschwulst bis zum Scheidengewölbe. Allgemeinbefinden noch gut. Nach der mikroskopischen Untersuchung stellten sich sowohl die ursprüngliche Geschwulst, wie die Recidive als angiomatöse Rundzellensarkome dar, nie enthielten die letzteren weniger Gefässe als die primäre Geschwulst. Es liess sich aber gut an ihnen nachweisen, dass die Geschwulst zunächst im paravaginalen Bindegewebe entstanden war.

3) 30jähr. Frau am Ende der 4. Schwangerschaft. Bei der Geburt wurde eine apfelgrosse Geschwulst vor der Schamspalte sichtbar, die nach der Geburt wieder in die Scheide zurückging. 4 Wochen später wurde die kleinapfelgrosse, mit der vorderen Muttermundslippe durch einen kleinfingerdicken Stiel verbundene Geschwulst excidirt. Da die mikroskopische Untersuchung ein kleinzelliges Rundzellensarkom ergab, entfernte A. Martin 10 Tage später Gebärmutter und Anhänge von der Scheide aus.

Ebenso wie v. Rosthorn einen seiner Fälle rechnet J. auch den 3. Fall zu den Scheidensarkomen, da Gebärmutterhals und Körper völlig frei von bösartiger Entartung gefunden wurde.

In den beiden 1. Fällen ging die Geschwulstbildung vom paravaginalen Bindegewebe, im 3. Falle vom submukösen Gewebe an der Aussenseite des Scheidentheils aus.

Die seltenere Form der sarkomatösen Erkrankung der Scheide ist die diffuse starre Infiltration mit geschwürigem Zerfall der Oberfläche ohne eigentliche Geschwulstbildung (ähnlich wie bei gewissen Krebsen). Die Mehrkernigkeit der Riesenzellen erklärt sich J. durch mitotische Theilungen. Das Alter der befallenen Personen schwankt zwischen 15 und 80 Jahren, doch überwiegen die Frauen unter 40 Jahren. Für die Diagnose „Sarkom“ sprechen: rasches Wachsthum der Geschwulst, geschwüriger Zerfall der Oberfläche, Hineinwuchern in die Tiefe der darunter liegenden Gewebe. Sichere Beweiskraft hat nur die Untersuchung der entfernten Geschwulst an einer ganzen Anzahl von Stellen. Von 32 bekannten Fällen hat nur in 3 die Heilung Stand gehalten (darunter 2 spindelzellige Fibrosarkome), in allen anderen Fällen trat Rückfall ein. Bedingungen für den Erfolg sind frühzeitiges und möglichst radikales Operiren. Erfolg versprechend ist die Exstirpation der Scheide vom Damme aus, eventuell die parasakrale Methode, die bei einem Kinde mit Dauererfolg von v. Volkmann u. Schuchardt angewendet wurde, ebenso von Israel. Bei ausgebreiteter Erkrankung oder bei Rückfall kommt die palliative Bekämpfung der Krankheit mit Messer, Löffel und Thermokauter in Betracht. Der Tod erfolgt durch Metastasen, chronische Pyämie oder Durchbruch in die Bauchhöhle und Peritonitis.

J. betont noch, dass er in seinen Präparaten keine quergestreiften Muskelfasern gefunden hat, wie sie bei den sarkomatösen Geschwülsten der Neugeborenen und im 1. Lebensjahre beschrieben werden. J. Praeger (Chemnitz).

427. **Ueber Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste**; von E. Ehrendorfer in Innsbruck. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 3. p. 301. 1899.)

E. berichtet über ein von ihm operirtes Fibromyom, das sich links hinten in der Gegend zwischen Gebärmutterkante und der hinteren Wand gebildet hatte. Die Geschwulst hatte an dem vorspringenden Vorberg nicht in die Höhe gelangen können, war in Folge dessen durch eine Drehbewegung von links nach rechts in die rechte Beckenbucht weitergewachsen. Hierdurch wurde auch die mit der Geschwulst fest verbundene Gebärmutter so gedreht, dass die Vorderfläche des Körpers zunächst nach links und schliesslich nahezu nach hinten zu stehen kam. Der Gebärmutterkörper war also um seine Längsachse nahezu um 180° nach rechts gedreht. Am Gebärmutterhals sah man eine deutliche schraubenartige Drehung. Das rechte breite Mutterband war stark ausgezerrt, die Anhänge waren beträchtlich verschoben. Die Harnblase war jedenfalls emporgehoben und seitlich verdrängt. Die Geschwulst bestand aus 2 Hauptantheilen, einem oberen derberen, der sich mit dem Gebärmutterkörper grösstentheils oberhalb des Beckeneinganges befand, und einem unteren weicheren im Becken eingekeilten. Wegen der Schwierigkeit der isolirten Gefässunterbindung wurde die Geschwulst über einem Gummischlauch abgetrennt und der Stiel extraperitonäal versorgt. Pat. genas. Die früher vorhandenen Harnbeschwerden waren verschwunden. J. Praeger (Chemnitz).

428. **Hystérectomie césarienne vaginale pour cancer du col de l'utérus chez une femme enceinte de huit mois**; par G. Michelini. (Ann. de Gynécol. XXVI. 51. p. 183. 1899.)

M. berichtet über einen Fall von vaginalem Kaiserschnitt aus der Genueser Gebäranstalt bei einer 35jähr. Frau im 8. Monate der Schwangerschaft. Die Kr. hatte 5mal normal geboren, darauf einmal im 3. Monate abortirt. Seit einem Jahre litt sie an Blutungen und gelblichem, in letzter Zeit stinkendem Ausfluss. M. fand die Scheide frei, den Scheidentheil der Gebärmutter in ein Blumenkohlgewächs verwandelt. Der Verlauf der Operation war glatt: Nach Auslöffelung und Ausschneidung der Geschwulstmassen wurde die Oberfläche verschorft, dann der Gebärmutterhals umschnitten, die Blase emporgeschoben, die vordere Bauchfellfalte eröffnet, desgleichen der Douglas'sche Raum, und der untere Theil des breiten Mutterbandes unterbunden und durchschnitten. Nun wurde die vordere Wand des Halskanals eröffnet bis in die Gebärmutterhöhle hinein, die Fruchtblase gesprengt und das Kind auf die Füsse gewendet und entwickelt; der Fruchtkuchen entfernt. Dann folgten weitere Unterbindung der breiten Mutterbänder und die leichte Entwickelung der Gebärmutter mit Abbindung der Eileiter und Eierstöcke. Dauer der Operation 45 Minuten. Das asphyktische Kind, ein Mädchen von 2000 g und 43 cm Länge, wurde nicht wieder belebt, starb 2 Stunden nach der Operation, nach M.'s Ansicht in Folge der langen Chloroformnarkose.

Für die Behandlung des Krebses in der Schwangerschaft stellt M. folgende Grundsätze auf: Wird bei einer Frau in der Schwangerschaft das Vorhandensein des Krebses erkannt, so ist in operablen Fällen, stets ohne Verzug die Totalexstirpation von Gebärmutter und Anhängen, gleichviel, wie weit die Schwangerschaft ist, auf dem Wege durch die Scheide vorzunehmen. Diese Operation ist auch am Ende der Schwangerschaft möglich. Bei nicht radikal operablem Krebs ist der conservative Kaiserschnitt die einzige angezeigte Operation. Die Ent-

bindung auf natürlichem Wege muss wegen der Gefahr der Infektion als sehr bedenklich angesehen werden. J. Praeger (Chemnitz).

429. Quelques remarques à propos de trois cas d'hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin; par Henri Hartmann. (Ann. de Gynécol. XXVI. 51. p. 290. 1899.)

H. berichtet über 3 Fälle von Krebs des Gebärmutterkörpers, in denen die Gebärmutter vom Bauche aus entfernt wurde. In den beiden ersten Fällen trat, obwohl bei der Operation festgestellt wurde, dass die Drüsen nicht erkrankt waren, in kurzer Zeit ein Rückfall ein, im 3. Falle waren erst 7 Monate seit der Operation verflossen. H. rühmt die technische Ueberlegenheit der Methode über die Scheidenoperationen, selbst wenn man davon absieht, dass man die breiten Mutterbänder oder Drüsen in ausgedehnterer Weise wegnehmen kann. Er wird deshalb die abdominale Methode auch bei Krebs des Gebärmutterhalses nach vorheriger Ausschabung vorziehen. J. Praeger (Chemnitz).

430. Zur klinischen Bedeutung der chorioepithelialen Neubildungen; von J. Anders in Kiel. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 5. 1899.)

1) 41jähr. Frau, die 6mal normal geboren hatte, zuletzt vor $2^{1}/_{2}$ Jahren. Ende December 1896 Abort unter starkem Blutverlust, nach 4wöchiger Bettruhe Wohlbefinden. Ende März trat die Regel wieder ein unter starker Blutung, von da ab alle 2—3 Wochen Blutungen. 18. November starke Blutung 2 Tage lang. Seit 14 Tagen Rückenschmerzen. Bei der Aufnahme am 22. Nov. 1897 fand sich bei der sehr blutarmen, abgemagerten Frau ein systolisches Geräusch an der Herzspitze, Verbreiterung des Herzens nach rechts. Starke Blutung. Temperatur Abends bis 38.0°. Prallelastische Geschwulst vom Nabel bis zur Schamfuge reichend. Scheidentheil der Gebärmutter glatt, ging in die Geschwulst über. In der vorderen Scheidenwand, der Harnröhrenwand anliegend, eine kleinapfelgrosse Geschwulst mit zerklüfteter, aber nicht geschwürig zerfallener Oberfläche. An der Grenze der Geschwulst stark erweiterte Venen. Von der Entfernung der Geschwulst wurde abgesehen, da es sich bei der Umschneidung herausstellte, dass sich die Geschwulstmassen strangförmig in das Parametrium fortsetzten. In der Gebärmutter fand sich massenhaft altes Blut, an der vorderen Wand eine brüchige Geschwulst. Ausschabung. Tamponade. In der Folge Fieber. Tod am 19. December.

Die Leichenöffnung ergab in der vorderen Wand der über faustgrossen Gebärmutter eine theils blassgelbliche, theils graurothe Geschwulst mit hämorrhagisch infiltrirter Oberfläche, einen grossen Geschwulstknoten in der Scheide, einen kleineren vor der Harnröhre; die Venen um den unteren Blasenabschnitt waren mit grauröthlichen Pfröpfen prall gefüllt, ebenso diejenigen der breiten Mutterbänder. Auf dem linken Eierstock ein Knötchen, desgleichen Knötchen auf dem Bauchfelle des S Romanum und Geschwulstembolie in der Lunge, endlich eine frische Endokarditis der Aorten- und Mitralklappen (wahrscheinlich auf alten Veränderungen). Mikroskopische Schnitte durch die Geschwulst und ihre Metastasen ergaben Bilder, die ganz der Beschreibung der chorioepithelialen Geschwülste in der 1. Arbeit Marchand's entsprachen. Selbst wenn sich in solchen Fällen in Venen Geschwulstzellen finden, ist eine Ausheilung nach der Totalexstirpation nicht ausgeschlossen, da diese Zellen erfahrungsgemäss leicht absterben.

2) 25jähr. Dienstmädchen, das 1893 einmal normal geboren hatte. Regel bis Mitte October 1897 regelmässig. Vom 8. Nov. bis 10. Dec. beträchtliche Blutung, dann vom 23. Dec. bis 13. Jan. 1898 und vom 13. Febr. bis zur Aufnahme am 5. März anhaltend. Zeichen von Beckenperitonitis. Hinter der verbreiterten hinteren Muttermundslippe eine Vorwölbung des hinteren Scheidengewölbes mit einem markstückgrossen Substanzverlust. Temperatur Abends bis 41.2°. Am 9. März wurde in Narkose die in das hintere Scheidengewölbe durchgebrochene gänseeigrosse Geschwulst ausgeräumt. (Zwischen alten Blutgerinnseln grössere und kleinere gestielte Bläschen.) Gebärmutterinnenfläche anscheinend glatt. Tamponade der Höhle. Tod am 14. März.

Leichenbefund: Eiterige Bauchfellentzündung. Gebärmutterinnenfläche eiterig belegt, glatt bis auf eine 2 cm unter der rechten Eileitermündung sitzende erbsengrosse Auflagerung. Die Wand des Gebärmutterhalses ging ohne scharfe Grenze in die hinter ihr gelegene Wundhöhle über, deren Wand aus nekrotischem Gewebe gebildet wurde.

Die bei der Ausschabung gewonnenen Bläschen und häutigen Gebilde erwiesen sich als veränderte Chorionzotten, deren Syncytium stellenweise Fortsätze mit reichlichen dunklen Kernen bildete. In der Auflagerung auf der Uterusschleimhaut wurde eine in Fibrin eingelagerte abgestorbene Zotte gefunden, ebenso Zottenstücke in erweiterten Venen der Gebärmutterwand, ferner wahrscheinlich vom Syncytium abstammende grosse Zellen in der Gebärmutterwand und in den Venen.

Diesen 2. Fall rechnet A. zu den destruirenden Formen syncytialer Neubildungen nach Marchand. Klinisch bemerkenswerth sind die colossalen Blutungen und der spontane Ausgang in Sepsis, die der Erkrankung in diesen Fällen den bösartigen Charakter gaben. Die Zellenmassen dringen in die Venenwand; zerstören diese; durch die Blutung werden die Geschwulstzellen in das Gewebe hineingerissen, gehen zum Theil zu Grunde und wuchern zum Theil fort. Das durchblutete Gewebe wird schnell nekrotisch. Die frühzeitige Diagnose ist ausserordentlich schwer. Tritt nach einer auch anscheinend gutartigen Blasenmole Blutung oder blutig seröser Ausfluss auf, so muss eine genaue Untersuchung, eventuell mikroskopische Untersuchung ausgelöffelter Gewebetheile erfolgen. Finden sich syncytiale Gewebetheile, so kommt eine Totalexstirpation in Frage, bei Metastasen mit grösseren syncytialen Zellenmassen die Excision. J. Praeger (Chemnitz).

431. Deformation des Beckens veranlasst durch eine cystische Geschwulst im unteren Abschnitt der Wirbelsäule; von O. v. Weiss in Sarajevo. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 3. p. 308. 1899.)

Bei einer Frau, die 7mal geboren hatte (6mal spontan, zuletzt Extraktion von Zwillingen in Beckenendlage), nahmen nach der letzten Entbindung die seit 2 Jahren bestehenden Knochenschmerzen stark zu. Wegen der ausgesprochenen Druckempfindlichkeit einzelner Beckenknochen, sowie der Beinknochen, der starken Abplattung des Beckens mit tief eingesunkenem Vorberg und der Vertiefung der winkeligen Beckenbuchten (eigentliche Spondylolisthesis fehlend) und des schleppenden Ganges wurde die Diagnose auf *Osteomalacie* gestellt und am 28. November 1894, 18 Tage nach der letzten Entbindung, die Castration und die Ventrofixation des retroflektirten Uterus vorgenommen. Der Verlauf war normal, aber die Besserung nur vorübergehend. Am 12. Mai 1895 wurde in der Gegend zwischen rechtem hinteren Darmbeinkamme und mittlerer Leiste des Kreuzbeins eine druckempfindliche, undeutlich fluktuirende Vorwölbung festgestellt. Wiederholte Punktionen ergaben rothbraune

Flüssigkeit. Am 15. Juli war vom Mastdarme aus ein Sondenknopf, der in die Höhle eingeführt war, zu fühlen. Die lancinirenden Schmerzen in den Beinen nahmen zu, der Harn konnte nicht mehr gehalten werden, es trat Blasenkatarrh ein. Seit Anfang März 1897 auch unwillkürlicher Stuhlabgang, starke spastische Contraktur im rechten Hüft- und Kniegelenk der rechten Seite, geringer links. Unter andauerndem Fieber spastisch-pyämischen Charakters Tod am 20. April 1897.

Die *Sektion* ergab als Ursache der Erkrankung ein Spindelzellensarkom mit reicher Gefässbildung, das, von der Spongiosa der Wirbelkörper ausgegangen (myelogenes Osteosarkom), allmählich die Körper des 5. Lendenwirbels, 1. und 2. Kreuzwirbels zum weitaus grössten Theile und zum grossen Theile auch ihre Bogenantheile zerstört hatte; dabei aber im Centrum durch Blutungen zerstört und erweicht, in der Peripherie durch reaktive Entzündung mit theilweiser Abkapselung abgegrenzt, zu einer unvollkommenen Spontanheilung im Sinne der Ausbildung einer mit Blut gefüllten Knochencyste geführt hatte. Bei weiterem Wachsthume der Geschwulst hätte es bald zu einem Zusammenbruch der Wirbelsäule kommen müssen. J. Praeger (Chemnitz).

432. **Beitrag zur Kenntniss der Dermoide des Beckenbindegewebes**; von L. Luksch in Innsbruck. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 10. 1899.)

Die 39jähr. Frau wurde 1890 zum 1. Male entbunden. Entbindung nach 3 Tagen mit Zange beendigt. Kind vorher abgestorben. Fieberhaftes Wochenbett. Die Kr. lag 12 Wochen lang. Im Juli 1891 hühnereigrosse Geschwulst am After, die aufbrach. Einige Zeit später übelriechender eitriger Ausfluss aus der Scheide. In der Aftergegend entwickelten sich mehrere Fisteln, die abwechselnd Eiter entleerten. Bei der Aufnahme in die chirurg. Universitätklinik fand sich eine bis zur Nabelhöhe aus dem Becken aufsteigende Geschwulst, im Harnsatz Eiter, starke Eiterung aus der Scheide. Das hintere Scheidengewölbe war durch die Geschwulst nach vorn und abwärts, die Gebärmutter nach vorn und oben verdrängt. Zwischen Afteröffnung und Steissbein mehrere dunkelblaurothe Knoten mit 3 Fistelöffnungen. 2 cm oberhalb der Afteröffnung eine trichterförmige Verengung, nach deren allmählicher Erweiterung zu fühlen war, dass die Geschwulst hinter dem Mastdarme in der Kreuzbeinaushöhlung lag und den Mastdarm nach links und vorn verdrängte. Operation am 16. August 1898. Hautschnitt rechts neben dem After nach der Sp. post. sup. zu. Enucleation des Steissbeines, unter dessen Spitze sich 2 nussgrosse Cysten befanden. Loslösung des Mastdarms von den ihn hinten und rechts einschliessenden Narbenmassen. Dann wurde die grosse Cyste vom Bauch her entgegengedrängt, eingeschnitten und nach Entleerung des erbsensuppenartigen Inhalts stumpf ausgeschält. Theilweise Tamponade, theilweise Naht. Ungestörter Wundverlauf.

Nach der Eintheilung Quervain's lagen die kleineren und die vereiterten Cysten unterhalb, die grosse Dermoidcyste oberhalb des M. levator ani.

J. Praeger (Chemnitz).

433. **Fibrom des Musculus obturator internus**; von E. Bidone in Bologna. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 3. p. 336. 1896.)

Die von B. ausführlich histologisch und mikroskopisch beschriebene Geschwulst entstammte einer 28jähr. Drittgebärenden, die niemals Beschwerden gehabt hatte. Die kugelförmige, unbewegliche, von der linken Beckenwand entspringende Geschwulst verengte die Scheide so stark, dass zwar die Fruchtblase, aber nicht der Muttermund zu fühlen war. Die Geschwulst erreichte die Höhe des Beckeneingangs, nach hinten die Nähe der Spina ischiad., nach rechts war sie an der Regio obturatoria fest angewachsen. Calderini führte wegen dieses Geburtshindernisses den Kaiserschnitt nach Porro aus, mit gutem Erfolge für Mutter und Kind. Nach dem Wochenbette wurde von Novaro die Neubildung unter Excision eines Stückes des Schambeins exstirpirt. Die Untersuchung der Geschwulst ergab, dass es sich um ein Fibrom handelte, in das quergestreifte Muskelfasern eingeschlossen waren. B. hält es für am wahrscheinlichsten, dass die Geschwulst als ein aus dem interstitiellen Bindegewebe des M. obturator. int. sin. entsprungenes Fibrom, das bei seinem Wachsthum quergestreifte Fasern des Muskels mit sich führte, anzusehen sei.

J. Praeger (Chemnitz).

434. **Zur Kenntniss der Seifencysten der Mamma**; von G. Freund in Königsberg i. Pr. (Virchow's Arch. CLVI. 1. p. 151. 1899.)

Die 36jähr. Frau hatte seit ihrem 16. Jahre einen nussgrossen Knoten in der rechten Brust bemerkt, der bis zum 20. J. wenig, dann rasch grösser wurde. In der Schwangerschaft vor 1$^1/_2$ J. stärkere Zunahme der Geschwulst. Starke Milchabsonderung, ebenso im Wochenbett. Pat. hatte nicht gestillt. Nach dem Wochenbett verkleinerte sich die Geschwulst wieder. v. Eiselsberg entfernte dann eine doppeltfaustgrosse Geschwulst der rechten Brustdrüse, die verschieblich war. Achseldrüsen nicht vergrössert.

Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab, dass es sich um ein Fibroadenom handelte: eine hauptsächlich aus Bindegewebe bestehende Geschwulst mit zum Theil sicher neugebildetem Drüsengewebe. Die Geschwulst enthielt weite Hohlräume mit breiig erweichtem, Schlagsahne ähnlichem Inhalt. Der letztere bestand zur grössten Menge aus Kalkseifen, weniger Magnesiaseifen, Fett, freier Fettsäure und einer Spur Cholestearin. Die Hohlräume sind durch Nekrose der Drüsen und des Bindegewebes, mit nachfolgendem Zerfall und Verflüssigung der nekrotischen Gewebetheile und fettige Metamorphose entstanden, als Folgen der regressiven Veränderungen der Geschwulst im Wochenbett.

J. Praeger (Chemnitz).

435. **Remarks on oöphorectomy in the treatment of cancer of the breast**; by Stanley Boyd, London. (Brit. med. Journ. Febr. 4. 1899.)

Im Anschlusse an eine frühere Veröffentlichung über 5 Fälle, in denen bei Brustkrebs die Eierstöcke entfernt waren, bringt B. zwei weitere Beobachtungen und giebt eine Uebersicht über die bisherigen Erfolge. In allen Fällen war vorher die Brustamputation vorgenommen worden. Die Erfolge waren nicht gerade ermuthigende. Nach B. selbst war der Erfolg ausgeblieben oder sehr zweifelhaft in 3 Fällen, davon in 2, in denen die Entfernung der Eierstöcke erst nach Aufhören der Regel gemacht war. *Wahrscheinlich* war der Erfolg in 2 Fällen, doch verlaufen andere Fälle nach der Brustoperation ebenso. Thatsächlichen Erfolg will B. in 2 Fällen gehabt haben.

Im ersten von diesen wurde die Neubildung im September 1892 entfernt, dann die ganze Brust amputirt im Juni 1893, ein Rückfall, operirt im Juni 1896. Im December 1896 wurden die Eierstöcke weggenommen. October 1898 war das Allgemeinbefinden ausgezeichnet, aber es war noch *„etwas lokale Erkrankung"* vorhanden.

Im 2. Falle wurde die Brust im März 1896 weggenommen, die Eierstöcke im Februar 1897. Nach der letzten Operation verschwanden die bestehenden Haut-, Fett- und Drüsengeschwülste, kehrten aber wieder und Pat. starb 17 Monate nach der letzten Operation.

B. fügt 5 weitere Fälle anderer Autoren bei, von denen je einer von Beatson und von Hermann von Erfolg begleitet gewesen sein sollen.

Von der gleichfalls für inoperable Krebserkrankung empfohlenen Behandlung mit Thyreoidextrakt hat B. keinen Erfolg gesehen.

J. Praeger (Chemnitz).

VII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

436. **Ueber Gewebeläsionen und die durch sie erzeugte Prädisposition für Infektionen**; von Dr. P. Linser. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 465. 1899.)

Für eine ganze Reihe von mechanischen Störungen ist die Herabsetzung der Resistenz von Geweben gegen die Infektion nachgewiesen. Auf Anregung von Tavel hin hat L. die Wirkung dieser Schädigungen an Kaninchen vergleichend geprüft. Zu jeder Versuchsreihe wurden 4 Kaninchen benutzt; bei jedem wurde ein Muskelbündel der Adduktorengruppe freigelegt. Bei dem 1. oder Controlthiere wurde die Wunde sofort mit einer feuchten Compresse bedeckt; beim 2. Thiere wurde das Muskelbündel am centralen und peripherischen Ende mit Seide unterbunden; beim 3. Thiere wurde das freigelegte Muskelbündel der Austrocknung ausgesetzt; beim 4. Thiere endlich wurde das freigelegte Muskelbündel in seiner ganzen Länge mehr oder weniger stark mit dem Schieber gequetscht. Die so verschieden behandelten Muskelbündel wurden nun bei der 1. Versuchsreihe mit Staphylokokken, bei der 2. mit Pyocyaneus, bei der 3. mit Colibakterien, bei der 4. mit Streptokokken, bei der 5. mit Tetanus inficirt.

Die vergleichenden Untersuchungen ergaben, dass, während bei den Controlthieren die inficirten Wunden meist anstandslos rasch heilten, bei den Thieren mit ligirtem, ausgetrocknetem und gequetschtem Muskelbündel eine rasche und ausgiebige Entwickelung der Infektionkeime mit allen ihren Folgen stattfand. Gegenüber den Ergebnissen bei den „Ligaturenthieren“ erwiesen sich die Folgen der Austrocknung und Quetschung als viel schwerer.

L. zieht aus seinen Untersuchungen folgende praktische Schlüsse: 1) Die Austrocknung von Wundflächen bei Operationen ist durch stetes Feuchterhalten mit Kochsalzlösung, durch Bedecken mit feuchten Compressen u. s. w. zu verhindern. Namentlich sind Kauterisationen möglichst zu beschränken. 2) Quetschungen von Geweben sind so viel als möglich zu vermeiden und, wo sie unvermeidlich sind oder bereits als vollendete Thatsache vorliegen, soll das lädirte Gewebe, so weit es geht, entfernt werden. 3) Ligaturen und überhaupt Cirkulationhindernisse sollten an Zahl und namentlich auch hinsichtlich der Grösse des betroffenen Gewebes nach Möglichkeit beschränkt werden.

P. Wagner (Leipzig).

437. **Ueber den Befund eines diphtherieähnlichen Bakteriums auf granulirenden Wunden (Bac. diphtherideus vulneris)**; von Dr. Thorn. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 887. 1899.)

Ausgenommen die Pyocyaneus-Infektionen hat man sekundären Ansiedelungen von Bakterien in per granulationem heilenden Wunden wenig Beachtung geschenkt. Th. berichtet nun aus der v. Bergmann'schen Klinik über 7 Fälle von *sekundären Bakterienansiedelungen auf granulirenden Wunden.* Neben pyogenen Kokken fanden sich Parasiten, die zur Klasse der *diphtherieähnlichen Bacillen* gehörten. Ein Einfluss auf den lokalen Process der Wundheilung oder auf das Lokalbefinden liess sich höchstens in 2 Fällen in geringem Grade feststellen. Für Mäuse und Kaninchen ist dieser Bacillus nicht pathogen. 3 Meerschweinchen starben in der 3. bis 5. Woche nach Injektion von 1 ccm 24stünd. Bouilloncultur in die Peritonäalhöhle.

Der Bacillus gelangt jedenfalls von der Haut in die Wunden. Ein häufiger Hautparasit scheint er aber nicht zu sein, wenigstens gelang es Th. unter 14 Untersuchungen abgeschabter Epidermis von Kranken und Gesunden nach Isolation mittels Agarplatten nur 2mal, einen Bacillus zu finden, der mit jenem Bakterium übereinstimmte, allerdings ein weniger üppiges Wachsthum auf Nährboden entfaltete.

P. Wagner (Leipzig).

438. **Ueber den ätiologischen Zusammenhang zwischen Trauma und der Entwickelung von Geschwülsten**; von Dr. H. Lengnick. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 379. 1899.)

Auf Anregung von v. Eiselsberg hin hat es L. unternommen, die in der Königsberger chirurg. Klinik behandelten *malignen Neubildungen auf ihren Zusammenhang mit einer Verletzung zu untersuchen.*

Von 579 Fällen war nach Ausschluss von Mammacarcinomen (von denen L. nur einen Fall mit ganz genauer Angabe benutzte) bei 31 angegeben worden, dass die Geschwulst in Folge einer Verletzung entstanden wäre. L. hat diese 31 Beobachtungen derart geordnet, dass zuerst *Fälle ohne jede Wahrscheinlichkeit* (7), dann *Fälle mit einiger* (12) und schliesslich *Fälle mit Wahrscheinlichkeit für einen Zusammenhang zwischen Trauma und Tumor* (12) angegeben werden. In den 31 Fällen handelte es sich um Personen im Alter von 11—80 Jahren, davon waren 12 mit *Carcinom,* 19 mit *Sarkom* erkrankt. 18mal handelte es sich um ein einmaliges, 13mal um wiederholtes Trauma. Mit Ausnahme eines ganz „unwahrscheinlichen“ Falles handelte es sich stets um ein lokales Trauma. Für einige von den Fällen

deren Diagnose durchweg durch die mikroskopische Untersuchung erhärtet ist, ist L. überzeugt davon, dass das Trauma mit der Geschwulstbildung in Zusammenhang gebracht werden darf. „Mag man auch einwenden, dass in einigen Fällen gewiss das betroffene Gewebe prädisponirt war, mag man auch annehmen, dass in einigen Fällen noch andere Momente als gerade das Trauma bei der Geschwulstbildung mitgespielt haben, so wird man sich bei Fall 31 (Sarcoma testis) doch nicht enthalten können, mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Geschwulstbildung hier in direktem ätiologischen Zusammenhange mit dem Unfalle gestanden hat.“ P. Wagner (Leipzig).

439. **The coexistence of carcinoma and tuberculosis of the mammary gland**; by A. S. Warthin. (Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 25. July 1899.)

W. theilt 2 Beobachtungen von *gleichzeitigem Vorkommen von Tuberkulose und Krebs der weiblichen Brustdrüse* mit. In dem einen Falle war mit grosser Wahrscheinlichkeit die Tuberkulose, in dem anderen das Carcinom die primäre Affektion.

P. Wagner (Leipzig).

440. **Ein Bauchwandcarcinom der Regio epigastrica**; von Dr. R. Göbell. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 347. 1899.)

Primäre, nicht mit dem Nabel in Zusammenhang stehende *Bauchwandcarcinome der Regio epigastrica* sind sehr selten beschrieben worden. G. hat in der Literatur nur einen sicheren Fall gefunden (Rizzoli). *Sekundäre Bauchwandcarcinome* entstehen entweder durch direktes Uebergreifen einer intraperitonäalen Geschwulst oder durch Metastasenbildung. Diese metastatischen Carcinome entwickeln sich häufig am Nabel. Die Carcinommetastasen, die weder durch direktes Uebergreifen einer intraperitonäalen Geschwulst, noch durch Punktion entstehen, auch nicht mit dem Nabel im Zusammenhange sind, scheinen in der Regio epigastrica sehr selten zu sein.

G. berichtet aus der Greifswalder chirurg. Klinik über eine solche Carcinommetastase, die nach der Operation zunächst als ein primäres *Gallertcarcinom* der Linea alba in der Regio epigastrica angesehen wurde. Gleich nach der Entlassung erkrankte Pat. an Magenbeschwerden; in der Pankreasgegend war eine undeutliche Resistenz zu fühlen. *Tod* mehrere Monate später an Entkräftung. *Keine Sektion.* Wahrscheinlich war ein primärer Magen- oder Dünndarmtumor vorhanden; die exstirpirte Bauchwandgeschwulst war eine Metastase.

P. Wagner (Leipzig).

441. **Die teratoiden Geschwülste der Kreuzbeingegend vom klinischen Standpunkt nebst Mittheilung eines einschlägigen Falles**; von Dr. F. Kiderlen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 87. 1899.)

Die Frage, welche von den *teratoiden Mischgeschwülsten der Kreuzbeingegend* als Foetus in foetu, welche als Störungen der Entwickelung des unteren Stammesendes aufzufassen sind, kann in manchen Fällen auch heute noch nicht mit Bestimmtheit entschieden werden.

K. theilt aus der Bonner chirurg. Klinik folgende Beobachtung mit.

Die 24jähr. Kr. war schon früher wegen recidivirender Osteomyelitis des linken Oberarmes und Oberschenkels behandelt worden. Sie hatte von Geburt an eine Anschwellung der linken Glutäalgegend gehabt, die sich ziemlich rasch, unter hohem Fieber zu einer sehr grossen Anschwellung entwickelte. Die Geschwulst sass unter der linken Glutäalmuskulatur und erstreckte sich weit in das Cavum ischio-rectale hinein. Im Beckenbindegewebe fand sich dann noch eine Dermoidcyste. Aus der ersten Geschwulst entleerte sich eine braune, jaucheähnliche, trübe Flüssigkeit; die $^1/_2$—1 cm dicke Cystenwand hatte eine der Darmschleimhaut ähnliche, sammtartige Beschaffenheit. Mikroskopisch enthielt sie alle Schichten der Darmwand. An die Cystenwand schloss sich eine Geschwulstmasse, die aus einem Conglomerat von Cysten und Cystchen, knolligen und strangförmigen Tumoren bestand. Den Inhalt dieser Cysten bildete eine gelbliche, krümliche Masse; die Cystenauskleidung bestand zum Theil aus einem mehrschichtigen Plattenepithel, zum Theil aus Cylinderepithel. Die soliden Theile, in die diese Cysten eingebettet waren, bestanden fast ganz aus Zügen glatter Muskelfasern mit dazwischen liegendem fibrillären Bindegewebe, adenoidem und Fettgewebe. Hier fanden sich eigenthümliche Zellen, die ganz den Charakter der Ganglienzellen hatten.

K. glaubt, dass es sich in dem vorliegenden Falle nicht um einen parasitären Tumor handelt, sondern *dass die Geschwulst Entwickelungsstörungen am unteren Stammende ihre Entstehung verdankt.* Er hat aus der Literatur 122 Fälle von *ganz oder theilweise präsacral sitzenden angeborenen Geschwülsten* zusammengestellt und zieht aus diesem Materiale folgende Schlüsse: Im Hinblick auf das Fortschreiten der entwickelunggeschichtlichen Forschung lässt sich noch keine bestimmte Grenze zwischen den monogerminalen und parasitären Sacraltumoren ziehen. So unsicher die Genese für manche der Geschwülste sein mag, so willkürlich erscheint die neuerdings wieder ausgesprochene Annahme der parasitären Abkunft aller. Von klinischem Interesse sind hauptsächlich die ganz oder theilweise präsacral sitzenden Steissgeschwülste. Diese bilden in klinischer und therapeutischer Hinsicht eine gemeinsame Gruppe. Da sie rasch wachsen können, sind sie möglichst bald zu exstirpiren ohne Rücksicht auf das oft sehr jugendliche Alter des Kranken, der ohne Operation mit grosser Wahrscheinlichkeit zu Grunde geht. Bei älteren Personen erheischen die drohenden Beschwerden, bei Personen weiblichen Geschlechtes insbesondere die erhöhte Gefahr im Falle einer Entbindung dringend die Entfernung des Tumor. Die Operation hat eine durchaus gute Prognose. Es sind schon so viele Methoden mit Erfolg angewandt worden, dass ein dem Falle angemessenes atypisches, die topographischen Verhältnisse berücksichtigendes Vorgehen am zweckmässigsten erscheint.

P. Wagner (Leipzig).

442. **Zur Frühdiagnose der Chorioidealsarkome**; von Prof. Silex in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 32. 1899.)

Nur durch das Zusammentreffen verschiedener günstiger Umstände war es möglich, dass S. die Diagnose eines linsengrossen flachen Aderhaut-Sarkomknötchens nahe der Papille bestimmt feststellen konnte. Der 50jähr. Kr., selbst Arzt, klagte nur über Flimmern vor seinem rechten, besseren, in mittlerem Grade kurzsichtigen Auge. Ausser den der Myopie entsprechenden Veränderungen fand S. nahe der Papille eine kleine graugrünliche Vorragung der Netzhaut. Das Sehvermögen war sehr gut. Nach aussen vom Fixirpunkte war ein kleines relatives, negatives Skotom. Nach Ausschluss aller Möglichkeiten stellte S. die Diagnose auf Sarkom der Aderhaut. Trotzdem verordnete er zur Vorsicht eine Schmier- und Schwitzkur mit Jodkalium, aber ohne Erfolg. Der Kr. ging auf den Vorschlag der Enucleation ein. Die kleine flache 2—6 mm grosse und 1.5 mm dicke Geschwulst war in der That ein melanotisches Spindelzellensarkom der Aderhaut ohne eine Spur von Wucherung in die angrenzenden Theile. Lamhofer (Leipzig).

443. **Hämorrhagische Cyste des Corpus ciliare mit Ausgang in spontane Heilung**; von Dr. Fr. Meyer. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 26. 27. 1899.)

M. beschreibt ausführlich die Veränderungen eines Auges, in dem sich eine dunkelrostbraune Geschwulst im Ciliarkörper gebildet hatte. Der Knabe hatte im 6. Lebensjahre eine sehr schwere Verletzung erlitten, Ruptur der Sklera mit Vorfall der Iris. Im 14. Lebensjahre wurde der Knabe in der Erlanger Universität-Augenklinik untersucht und dort wurde die Blutcyste gefunden. 4 Jahre später konnte die Cyste nicht mehr gesehen werden. Schmerzen, Drucksteigerung waren nie vorhanden trotz der Zunahme der Geschwulst, was wohl auf die Skleralfissur in der Nähe der Geschwulst zu schieben ist. Von der Zerreissung der Cyste hat der Kr. nichts gemerkt.

Lamhofer (Leipzig).

B. Bücheranzeigen.

33. **Transactions of the obstetrical Society of London.** *Vol. XXXVIII. 1896.*[1])

I. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1) Th. W. Eden: *Ueber die Struktur der reifen Placenta und über deren Veränderung nach Retention im Uterus und erfolgtem Fruchttode.* (p. 360.)

Nach genauer Beschreibung der reifen menschlichen Placenta und der Veränderungen, die normaler Weise in ihr vorgehen, sobald das Ende der Schwangerschaft erreicht ist, geht E. genauer auf die Veränderungen ein, die die verhaltene Placenta nach erfolgtem Fruchttode erleidet. Bald nach dem Tode der Frucht kommt es zu einer Nekrose des Fruchtkörpers, der Nabelschnur, des Amnion, des extraplacentaren Theiles des Chorion und der Decidua vera. Gleichzeitig hiermit hört die Cirkulation von der Mutter her in Folge von Thrombose in den intervillösen Räumen auf, und es tritt dementsprechend eine Nekrose in den verschiedenen Aesten des Placentachorion auf. Zum Schlusse folgen fettige Degeneration und Verkalkung der nekrotischen Gewebepartien.

2) Galabin: *Extrauterinschwangerschaft.* (p. 88.)

Der extrauterine Sack lag zwischen Uterus und Rectum und enthielt einen Foetus aus der 10. Woche; im untersten Theile des Sackes, nach rechts gelegen, fand sich die Placentastelle. Die linken Adnexe waren normal, ebenso auch die rechte Tube, deren Ostium offen und nicht erweitert war, auch war ihre Mesosalpinx unverändert. Das rechte Ovarium, bez. das, was es zu sein schien, bestand aus 1—2 kleinen Cysten. Die Sackwand setzte sich auf mikroskopischen Schnitten zusammen aus einer Schicht von Spindelzellengewebe, glatten Muskelfasern ähnlich, und einer losen, bedeckenden Schicht von zelligen Elementen und Peritonaeum. Die von einem Comité vorgenommene Untersuchung führte zu dem Resultate, dass es sich in dem vorliegenden Falle möglicherweise um eine primäre Ovarialschwangerschaft, wahrscheinlicher aber um eine primäre Abdominalschwangerschaft gehandelt habe.

3) Galabin: *Extrauterinschwangerschaft.*

Die 27jähr. Frau wurde im schweren Collaps operirt und es musste während der Operation eine intravenöse Kochsalzinfusion vorgenommen werden. In der Bauchhöhle fanden sich reichlich flüssiges Blut und Gerinnsel, ein grosses Gerinnsel mit Placentagewebe sass in einer unregelmässigen Höhle im unteren Theile des rechten Ligamentum latum. Nach Abbindung der Tube und Arteria ovarica stand die Blutung nicht, und es musste, da sie aus dem Innern des Fruchtsackes kam, eine feste Tamponade des kleinen Beckens mit Jodoformgaze vorgenommen werden. Der Sack erstreckte sich hinter dem Uterus von einem Ligament zum anderen. Die Kr. erholte sich zunächst, starb aber nach 12 Stunden.

4) Cullingworth: *Tubenruptur und 3 Wochen alter Embryo in dem Sack einer alten Hämatocele.* (p. 122.)

Das Interessante an dem Falle ist, dass sich mehrere Monate nach der Bildung einer Hämatocele und nach Resorption fast ihres ganzen Inhaltes noch ein Embryo nachweisen liess. Es hatte sich in dem Hämatocelensacke eine seröse Ansammlung gebildet, die eine Ovariencyste vorgetäuscht hatte; das Dach der Hämatocele bildeten das Netz und der Dünndarm, der Foetus fand sich in den Resten alter Blutgerinnsel. Als Ausgangspunkt der Extrauterinschwangerschaft ergab sich die erweiterte linke Tube mit einer alten Rissstelle in der erweiterten Partie.

5) Dakin: *Abgang einer Decidua und Extrauterinschwangerschaft.* (p. 385.)

Bei einer 27jähr. Frau ging eine Uterusschleimhaut mit allen Zeichen einer Decidua ab; da auch die Krankengeschichte an die Möglichkeit einer Extrauterinschwangerschaft denken liess, der Uterus frei beweglich und um das 2—3fache vergrössert war und rechts von ihm ein der Tube anscheinend angehöriger Tumor zu finden war, so wurde das Bestehen einer Extrauterinschwangerschaft angenommen und die Frau laparotomirt. Dabei erwie

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLXIII. p. 126.

sich der Tumor als eine dünnwandige Cyste, die vom Hilus des rechten Ovarium ausging.

Der Fall beweist wieder, dass der Abgang einer Decidua, bez. Decidua-ähnlichen Membran, wenn auch meist mit Wahrscheinlichkeit, so doch niemals mit Sicherheit für die Anwesenheit eines Eies im Genitaltractus spricht.

6) Genge: *Retention eines 5 Monate alten Foetus u. s. w.* (p. 5.)

Der Foetus war am Ende des 5. Schwangerschaftmonates abgestorben und war bis zum Ende der Schwangerschaft zurückgehalten, um dann gleichzeitig mit einem lebenden Zwillinge entwickelt zu werden.

7) Galabin: *Intraligamentöse Schwangerschaft.* (p. 38.)

Der Foetus war 21 Jahre getragen worden. Der Sack war vollkommen verkalkt, der Foetus selbst aber wohl erhalten.

8) H. R. Spencer: *3 Fälle von Porro'scher Operation mit intraperitonäaler Stielversorgung.* (p. 389.)

1) 28jähr. Frau, die nicht geboren, nur 1mal abortirt hatte und nach verzögertem Geburtseintritte, 299 Tage nach der letzten Regel zur Operation kam. Das Becken war durch Fibroide im unteren Segmente völlig ausgefüllt, der Uterus wog 6 Pfund. Mutter und Kind genasen; kein Bauchbruch 4 Jahre später.

2) 21jähr. Erstgebärende, deren Becken durch ein grosses sacrales Enchondrom ganz ausgefüllt wurde. Die Mutter litt schon während der Operation an Hydronephrose und Nephritis und starb am 9. Tage an Urämie. Das Kind genas.

3) 33jähr. Frau, die 5mal geboren hatte und zuletzt 1893 von einem lebenden Kinde durch Extraktion durch eine carcinomatöse Cervix entbunden worden war. 15 Tage später wurde das Carcinom durch die hohe Amputation entfernt. 14 Monate darauf wurde die Frau wieder schwanger. Das Scheidengewölbe war durch die Narbe ganz verschlossen, und es wurde deshalb am Ende der Schwangerschaft die Sectio caesarea vorgenommen. Mutter und Kind genasen. 3 Jahre nach der hohen Amputation war die Frau ohne Recidiv.

Sp. bevorzugt bei engen Becken den conservativen Kaiserschnitt, während er für Fälle, wie die 3 beschriebenen, die Porro'sche Operation für die richtigere hält. Bei Beckenenchondromen kann man zwischen beiden Methoden schwanken, doch ist auch wohl bei ihnen die Porro-Operation vorzuziehen, denn die Möglichkeit der Verletzung des Uterus durch den harten Tumor ist nicht von der Hand zu weisen.

9) Remfry: *Ueber den Einfluss der Laktation auf Menstruation und Schwängerung.* (p. 22.)

R. kam bei Untersuchung von 900 Frauen zu dem Schlusse, dass 57% aller stillenden Frauen vollkommen amenorrhoisch sind, während 43% menstruiren und von ihnen 26% ganz regelmässig. Stillende Frauen sind gegen neue Schwängerung nicht ganz gesichert, am meisten noch die amenorrhoischen, während die regelmässig menstruirten leichter einer erneuten Schwangerschaft ausgesetzt sind. Stillt eine Frau überhaupt nicht, so tritt die Menstruation gewöhnlich in der 6. Woche wieder auf.

10) Curatulo: *Einfluss der Castration auf die Osteomalacie.* (p. 17.)

Nach genauerer Auseinandersetzung der verschiedenen, zur Erklärung der Castrationwirkung aufgestellten Theorien beschreibt C. genauer seine am gesunden Thiere und besonders an Hündinnen vorgenommenen Versuche, bei denen für lange Zeit die Castration eine Verminderung der Phosphate im Urin herbeiführte, seiner Ansicht nach in Folge des Ausfalles einer „inneren Sekretion" der Ovarien. Diese Ansicht wurde dadurch bestärkt, dass bei subcutaner Injektion von Ovarialsaft die Phosphatausscheidung bedeutend zunahm.

II. Missbildungen.

1) A. Routh: *Foetus diprosopus anencephalicus.* (p. 92.)

Das Präparat, das von einem Comité genau untersucht wurde, stammte von einem weiblichen, 11½ Zoll langen Neugeberenen. Die Missbildung präsentirte sich als eine Art von Dichotomia anterior, und dieses war besonders im Skelett ausgesprochen, während sie bei der oberflächlichen Betrachtung sich zumeist im Gesicht und Cranium documentirte. Unter Beifügung der Abbildungen giebt die Arbeit eine ausführliche Beschreibung der äusseren Verhältnisse und des Skelettes.

2) Rivers Pollock: *Foetus papyraceus.* (p. 320.)

Bei einer normal entbundenen Zweitgebärenden wurden Placenta und Eihäute normal ausgestossen. In einer besonderen Tasche der Eihäute fand sich ein etwa 10 Zoll langer Foetus papyraceus, ungefähr aus dem 5. Monate stammend, und eine eigene atrophische Placenta aufweisend.

3) T. G. Stevens: *Foetus anencephalicus mit vollkommen gespaltener Wirbelsäule und ungewöhnlicher Missbildung der Eingeweide.* (p. 346.)

Die mit mehreren Zeichnungen ausgestattete Arbeit beschreibt ausführlich einen normal geborenen, missbildeten weiblichen Foetus aus dem 8. Monate. St. hat nur einen diesem ähnlichen Fall bei Ahlfeld finden können. St. giebt Erklärungen, wie seiner Ansicht nach die Missbildung entstanden sein könnte, doch ist die Arbeit für ein Referat nicht geeignet und es muss deshalb auf das Original verwiesen werden.

4) Blacker und Lawrence: *Ein Fall von wahrem unilateralen Hermaphroditismus.* (p. 265.)

Es handelte sich um einen Foetus von 8½ Monaten, der von einer jungen normalen, aus einer gesunden Familie stammenden Mutter geboren war. Die inneren Genitalien bestanden aus einem Uterus unicornis mit rechts entwickelter Tube und Ovarium, während die linke Keimdrüse aus mikroskopisch deutlich getrennten 2 Geweben, Eierstock- und Hodengewebe bestand. Der kleinere Theil zeigte Eierstock-, der grössere Hodengewebe und dieses stand mit einem Hoden und Vas deferens in Verbindung, während die ganze Keimdrüse selbst durch eine rudimentäre Tube mit dem Uterus zusammenhing. Die äusseren Genitalien bestanden aus einem undurchbohrten Penis, an dessen Wurzel eine feine Oeffnung in den Sinus urogenitalis führte, 2 deutlich entwickelten grossen Labien (die kleinen fehlten) und einer 8 mm langen Vagina. Am Harnapparate fand sich nichts Abnormes.

Die Arbeit ist mit sehr guten Zeichnungen versehen. Bl. und L. halten ihren Fall für den einzig sicher gestellten der genannten Missbildung, da die anderweitig beschriebenen nicht unanfechtbar wären; nicht die Funktionen, sondern die Gewebestrukturen müssen zum Beweise herangezogen werden. Sie fügen ihrer Arbeit 28 weitere Fälle aus

der Literatur bei, von denen sie 2 als unilateralen, 9 als bilateralen und 17 als lateralen Hermaphroditismus bezeichnen.

5) A. H. N. Lewers: *Ein Fall von doppeltem Uterus und doppeltseitiger Haematometra und vollkommenem Fehlen der Vagina.* (p. 327.)

L. fand bei einem 17jähr. Mädchen, das nie menstruirt hatte und über heftige Schmerzen in der Regio hypogastrica, sowie in der unteren Kreuzgegend klagte, einen vollkommenen Mangel der Vagina und einen nicht vergrösserten Uterus. Da sich letzterer während 2jähr. Beobachtung allmählich vergrösserte, entschloss sich L. zur Operation. Es wurde in der üblichen Weise durch transversale Incision und stumpfes Vordringen bis zum Uterus, eine neue Vagina gebildet. Von einer solchen fand sich nirgends eine Andeutung, auch keine Vaginalportion, nur links und rechts eine seichte, grubenartige Vertiefung. Nach deren Durchstossung entleerte sich aus beiden, durch eine Scheidewand getrennten Uterushälften dunkles, verhaltenes Menstrualblut, und zwar enthielt die rechte mehr als die linke. In dem weiteren Verlaufe war es schwierig, die neue Vagina offen zu halten, sie wurde zuerst mit Jodoformgaze austamponirt, später im granulirenden Zustande durch ein ringförmiges Pessar am Verwachsen gehindert. Bei der Entlassung war sie für einen *Hegar*'schen Stift Nr. 26 passirbar und 2 Zoll lang. Die Kr. hatte nach $^3/_4$ Jahr normale Menstruation, die Scheide neigte durch Granulationenbildung zu Verwachsungen und das Pessar musste deshalb häufig erneuert werden. Deshalb regt L. die Frage an, ob es nicht besser sei, in solchen Fällen den Uterus herauszunehmen. In der sich anschliessenden Diskussion wurde von allen Seiten die Schwierigkeit betont, derartige neugebildete Scheiden offen zu erhalten; gelänge dies nicht, dann sei die Castration angezeigt.

III. Gynäkologie.

1) J. Phillips: *Ueber Colpotomia anterior.* (p. 213.)

Nach allgemeinen Erörterungen über diese Methode und einer genauen Beschreibung betont Ph. die Leichtigkeit, vom vorderen Scheidengewölbe aus die Adnexe u. s. w. abzutasten, wie er es selbst in 4 Fällen von Kolpotomie und bei 26 Totalexstirpationen feststellen konnte. In seinen 4 Fällen handelte es sich 1mal um Lösung von Adhäsionen hinter dem Uterus und Vaginafixation, das 2. Mal um Lösung der verwachsenen Adnexe und Entfernung des linken Ovarium, das 3. Mal um Entfernung des vergrösserten, kleincystischen verwachsenen linken Ovarium und der 4. Fall betraf ein apfelsinengrosses Kystom des rechten Ovarium. Ph. erblickt die Vortheile der Operation in der Vermeidung der Bauchnarbe, in der geringen Neigung zur Adhäsionenbildung, in der grösseren Einfachheit und Schnelligkeit, in den geringeren Beschwerden nach der Operation und der schnelleren Reconvalescenz. Nachtheile der Operation sind die grössere Schwierigkeit, die Scheide zu desinficiren, die Möglichkeit von Verletzungen der Tuben, der Blase, der Ureteren, Darmschlingen und bei links und hinten im Becken verwachsenen Tumoren auch des Rectum. Für die Operation eignen sich chron. Oophoritiden mit Adhäsionenbildung, frische unrupturirte Tubenschwangerschaften, kleine Cysten und Dermoide der Ovarien, kleine Fibrome in der vorderen Wand und im Fundus des Uterus, kleine intraligamentäre und parovariale Tumoren. Nicht angewendet soll die Kolpotomie werden bei grossen Ovarialtumoren und bei Fibromen, bei Pyosalpinx mit Adhäsionen, bei Extrauterinschwangerschaft bei oder nach dem Platzen und bei nach oben steigenden Beckenabscessen. Zur Ausführung der Operation ist es nothwendig, dass das Becken nicht verengt, und dass die Scheide dehnbar ist.

2) Mc Cann: *Aetiologie der Gonorrhöe.* I. Theil. (p. 225.)

Nach genauer Beschreibung, wie am besten das Untersuchungmaterial zu entnehmen und weiter zu behandeln ist, bespricht C. zunächst die Färbemethoden und den Nachweis der Gonokokken im Gewebe und dann ihre Beziehungen zu den Eiterzellen, den Process der Zellenzerstörung, die Beziehungen zu den Epithelzellen und dem Periost, deren Zerstörung, um dann näher auf den Sitz der gonorrhoischen Infektion bei Mann und Weib einzugehen; hierbei bespricht er die Ophthalmie, das Vorkommen wahrer gonorrhoischer Vaginitis, die Vulvovaginitis der Neugeborenen und Kinder, die gonorrhoische Arthritis, die Mischinfektion und die latente Gonorrhöe. Ein weiterer Theil der Arbeit ist dem diagnostischen Werthe des Gonococcus gewidmet. Es wird zunächst der mikroskopische Nachweis behandelt und auf die Fehlerquellen bei der Beurtheilung, ob ein Ausfluss gonorrhoisch ist oder nicht, näher eingegangen, um zum Schlusse die Culturmethoden und Impfversuche zu besprechen.

3) C. H. Roberts: *Primäres Scheidenepitheliom.* (p. 381.)

Die Geschwulst fand sich bei einer 38jähr. Frau, die kein Zeichen von Lues darbot, in Form einer runden Erosion von Halbkronenstückgrösse im mittleren Drittel der hinteren Vaginalwand; das Geschwür war dunkelroth, blutete leicht und fühlte sich hart an, ebenso wie die erhabenen und leicht evertirten Ränder. Gegen das Rectum war das Geschwür beweglich, unter ihm die Scheide normal, während sie oberhalb in einem Leukoplakie ähnlichen Zustande sich befand. Die Inguinaldrüsen waren frei. Die mikroskopische Untersuchung des im gesunden exstirpirten Geschwürs ergab ein Plattenepitheliom mit wenigen Zellennestern und reichlicher entzündlicher Infiltration.

4) Cullingworth: *Fibrocystisches Myom der Cervix.* (p. 8.)

Bei einer 49jähr. Frau hatte sich sehr schnell ein grosser Tumor entwickelt, der wegen seines schnellen Wachsthums und fluktuirender Beschaffenheit für einen Ovarientumor gehalten wurde, da auch die Uterushöhle nicht vergrössert war. In Wirklichkeit handelte es sich um multiple Fibrome im Uterus und ein grosses fibrocystisches Myom des Cervix. Bei der Operation stellte es sich heraus, dass ein Theil der fluktuirenden Partien Ansammlungen von abgesacktem Ascites waren.

5) A. Routh: *Fibrom und Carcinom des Uterus.* (p. 99.)

Es handelte sich um ein vielknolliges Myom und alveoläres Carcinom der Uterusschleimhaut. Der Uterus wog 15 Unzen und wurde per vaginam total exstirpirt.

6) A. Routh: *Carcinom des Uteruskörpers und der Cervix ohne Zusammenhang mit einander.* (p. 100.)

Grosser Fungus der hinteren Lippe bei einer 56jähr. Frau, der durch Totalexstirpation des Uterus entfernt wurde. Dabei fand sich gleichzeitig ein Carcinom der Uterusschleimhaut. Das zwischengelegene Gewebe war ganz gesund. Der Fall ist ein Beweis dafür, wie die Totalexstirpation der hohen Amputation an Werth überlegen ist.

7) Galabin: *Fibrom und Carcinom des Uterus.* (p. 102.)

Bei einer 44jähr. Frau, die an einem Fibrom von der Grösse eines schwangeren Uterus vom 5. Mon. litt, mit Entwickelung in das Ligamentum latum, war die Castration gemacht worden. 6 Monate lang keine Blutung; dann erneute Blutungen. Deshalb wurde 13 Monate nach der Castration des Uterus nach der Baer'schen Methode amputirt. Dabei fand sich die Uterusschleimhaut carcinomatös degenerirt.

8) Galabin: *Sarkom der Cervix uteri.* (p. 120.)

Die grosse Wucherung hatte klinisch den Eindruck eines Carcinoms gemacht, doch stellte sie sich mikroskopisch als aus Rundzellen mit reichlichem fibrillären Stroma bestehend heraus; sie schien sich in der Muskulatur entwickelt zu haben, die Cervikalschleimhaut war gesund.

9) H. Cripps: *Abdominale Hysterektomie mit intraperitonäaler Stielbehandlung.* (p. 41.)

Als Indikation für die Laparohysterektomie wegen Fibrom betrachtet Cr. gefährliche Blutungen, die auf die gewöhnliche Weise nicht gestillt werden können und bei denen die Castration unmöglich ist, ernstliche Druckaffekte auf Blase und Rectum, und den Umstand, dass Schmerzen oder die Grösse des Tumor dessen Trägerin lebensunfähig machen. Die grössere Gefahr der intraperitonäalen Methode sieht er in der grösseren Infektiongefahr, weniger in Darm-, bez. Ureterenobstruktion, und zwar glaubt er, dass die Infektion von der Scheide ausgehe. Deshalb legt er auf sorgfältige und wiederholte Auswaschungen der Scheide mit Sublimat vor der Operation und sorgfältige Deckung des Stumpfes mit Peritonaeum den grössten Werth.

10) Galabin: *Schleimhautuntersuchungen am Uterus.* (p. 121.)

Die Untersuchung von reichlichen Schleimhautmassen, die bei der 4 Wochen nach einem 5monat. Abort vorgenommenen Curettirung entfernt wurden, ergab Chorionzotten mit eigenthümlicher Proliferation des Trophoblastes, so dass es ein Netzwerk um die Zotten bildete, das aus kernhaltigem Protoplasma und Vacuolen bestand; an anderen Stellen fanden sich Züge von Muskelfasern infiltrirt mit Decidua-ähnlichen Zellen, an anderen von fibrillärem kleinzelligen Stroma.

11) Remfry: *Mikroskopische Schnitte durch einen Uterus mit Chorionzotten und zweifelhaftem Sarkom.* (p. 223.)

Die Kr. war vor $16^1/_2$ Monaten entbunden worden und hatte während der ganzen Zeit gestillt. Eine seit 7 Wochen bestehende Blutung veranlasste eine Austastung und man fand eine flache Exkrescenz an der hinteren Wand, die Höhe des Fundus einnehmend. Die Untersuchung der curettirten Massen ergab das Vorhandensein von Placentaresten und Sarkomgewebe; der Uterus wurde exstirpirt.

12) Malcolm: *Maligne Erkrankung des Uterus mit zahlreichen Metastasen in den Lungen nach Abort.* (p. 125.)

Eine 27jähr. Frau, die 3 Kinder geboren und mehrfach abortirt hatte, erkrankte nach einem normal verlaufenen Abort von 6 Wochen mit Scheidenausfluss und Fieber; es wurden einige, nicht näher untersuchte bröcklige Tumormassen ausgeschabt, doch erholte sich die Frau nicht richtig und erkrankte nach einiger Zeit an ausgedehnter Beckenzellgewebeentzündung. Im Muttermunde erschien eine weiche Neubildung, von der nach Erweiterung so viel als möglich entfernt wurde. Dabei fand sich eine Perforationstelle im Uterus und die Kr. starb kurz darauf. *Sektion:* frische und alte adhäsive Peritonitis. Der Uterus war $4^1/_2$ Zoll lang und zeigte eine $1^1/_2$ Zoll lange Perforationstelle. Der Uterus war weich und blutreich und enthielt in der vorderen Wand 2 nussgrosse schwammige, gefässreiche Neubildungen. Rechts war der Uterus fixirt durch ein weisses, fibröses Gewebe mit verschiedenen Abscessen und Neubildungherden. Beide Tuben waren mit Eiter gefüllt. In beiden Lungen fanden sich Metastasen in Knotenform von mässig fester Consistenz, ähnlich den Massen im Uterus; ebenso auch in den mediastinalen Drüsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Sarkomgewebe.

13) Rutherford Morison: *Ein Fall von Deciduoma malignum in England.* (p. 130.)

Eine 35jähr. Frau erkrankte an Blutungen 6 Wochen nach ihrer 10. Entbindung und wurde 2mal curettirt; es wurde angenommen, dass es sich um Placentareste handelte; nach 3 Wochen erneute Blutung und Ausschabung. Jetzt wurde die Diagnose auf Epitheliom gestellt und der Uterus herausgenommen. Der Uterus war doppelt so gross, als normal, enthielt eine Geschwulst von Apfelsinengrösse, die die Wand infiltrirte und sich nach aussen als ein Knoten vorwölbte. 4 Monate später erkrankte die Frau an Bluthusten und den Erscheinungen von Lungenmetastasen und starb 7 Monate nach der Operation. Die Sektion wurde verweigert, in dem Abdomen oder in der Vagina kein Recidiv.

14) H. Spencer: *Ein Fall von Deciduoma malignum.* (p. 135.)

Die Beobachtung stammt aus dem Jahre 1889. Die 27jähr. Frau erkrankte 28 Tage nach ihrer 2. normalen Entbindung unter den Erscheinungen, dass sich Geschwulstmassen ausstiessen. Ein normales Wochenbett folgte, doch wiederholten sich die erwähnten Symptome. Uterusausspülungen und unvollständige Entfernung von Geschwulstmassen führten nicht zur Besserung und die Kr. starb $11^1/_2$ Wochen nach der Entbindung septisch. Bei der *Sektion* fand sich eine ulcerirte, gangränöse Neubildung an der Placentastelle, mit fast vollendeter Perforation des Uterus und sekundäre Knoten in der Cervix und den Lungen. Die Knoten waren alle gleich beschaffen und zeigten die Charakteristica des Deciduoma malignum, grosszelliges Sarkom mit typischem Syncytium.

15) T. W. Eden: *Deciduoma malignum. Eine Kritik.* (p. 149.)

E. erwähnt zunächst die zahlreichen Fälle von maligner Neubildung im Uterus nach Schwängerung, für die von Sänger der Name malignes Deciduom eingeführt wurde, und vertritt dann seine Ansicht, dass sich diese specifisch decidualen Zellen im Uterus unter verschiedenen Bedingungen vorfinden, ohne dass dadurch der Beweis geliefert ist, dass sie von der Decidua ausgehen. Was den Fall von Gottschalk betrifft, so ist E. zweifelhaft, ob in ihm überhaupt ein Zusammenhang zwischen der Geschwulst und einer vorausgegangenen Schwangerschaft bestand, und findet, dass die von Gottschalk beschriebenen sarkomatösen Zotten den Zotten überhaupt sehr wenig ähnlich sind, und betreffs der

Fälle von Williams und Marchand glaubt E., dass sich die als syncytiale beschriebenen Zellen auch in Sarkomen an anderen Körperstellen finden, und bezweifelt zunächst noch, dass der Beweis erbracht sei, dass sie vom Placentagewebe stammen. Um den Beweis zu liefern, dass die malignen Deciduome zusammengesetzt sind aus Elementen theils mütterlichen, theils fötalen Ursprunges, muss jedesmal auch nachgewiesen werden, dass die Neubildung sich einmal im Zusammenhange mit einer vorausgegangenen Schwangerschaft und dann aus Bildungen entwickelt, die sicher als Placentareste erkannt werden. Die meisten malignen Deciduome sind als schnell wachsende Sarkome zu bezeichnen.

An den Vortrag schloss sich eine ausgedehnte Diskussion an, ohne eine besondere Klarlegung zu bringen.

16) Galabin: *Ovarialtumor mit einem Corpus luteum.* (p. 101.)

Bei doppelseitiger Ovariotomie im 4. Schwangerschaftmonat wurde rechts eine Dermoidcyste, links ein gewöhnliches Cystadenom entfernt, in dem sich 3 kleine dermoid entartete Cysten fanden. Das linke Ovarium enthielt ein grosses Schwangerschaftcorpusluteum.

17) Malcolm: *Zwei solide Ovarialtumoren.* (p. 166.)

Bei der 35jähr. Kr. war das rechte Ovarium zu einem multiloculären Kystom degenerirt, an dessen Basis sich ein fester Tumor tief in das Ligamentum latum entwickelt hatte. Das linke Ovarium selbst war normal, doch fand sich an seinem äusseren Ende ein in gleicher Weise in das Ligamentum hinein gewachsener Tumor. Beide hatten Orangengrösse und hatten mässigen Ascites bewirkt. Mikroskopisch erwiesen sie sich als Epithelialgeschwülste mit papillärem Typus.

18) Malcolm: *Grosser solider Ovarialtumor.* (p. 167.)

Der Tumor bestand bei einer Frau von 45 Jahren 18 Monate lang und hatte reichlichen Ascites bewirkt. Er war ein Sarkom mit myomatösem Typus und grosse Theile der Geschwulst waren in cystöse, mit Schleim gefüllte Räume umgewandelt.

19) Malcolm: *Solider Ovarialtumor.* (p. 167.)

Die Geschwulst stammte von einer 37jähr. Frau, war cocosnussgross und erwies sich als ein Myom mit z. Th. schleimigen Partien und ohne maligne Degeneration. Viele Adhäsionen. Kein Ascites.

20) Morse: *Dermoid, im 2. Schwangerschaftsmonate entfernt.* (p. 221.)

Das Becken war von einem halbfesten Tumor ganz ausgefüllt, so dass das Orificium uteri kaum erreichbar hinter der Symphyse stand. Bei der Operation erwies sich der Tumor als ein vielfach verwachsenes Dermoid des rechten Ovarium mit Stieldrehung. Obwohl der Uterus vorgewälzt worden war, blieb die Schwangerschaft ungestört und die Frau wurde 25 Tage nach der Operation mit der Zange entbunden.

21) A. Doran: *Fälle von Fibrom der Ovarien und Ligg. ovarii und Nachuntersuchung der seit 1879 in den Transactions referirten Fälle.* (p. 187.)

D. verfügt über 11 Fälle, von denen 4 anfänglich auf Malignität verdächtig waren, die sich aber durch den weiteren Verlauf als gutartig erwiesen. Die Geschwülste erwiesen sich mikroskopisch als Fibrome und die verdächtigen Elemente in den 4 Fällen waren wohl Bindegewebezellen zwischen Bindegewebebündeln gewesen. Nur einmal war die Affektion doppelseitig, ein Tumor wog über 10 Pfund, 10mal betraf das Leiden jugendliche Individuen, einmal eine 52jähr. Frau. Als klinische Zeichen wurde 6mal auffallende Härte constatirt, ein Tumor war verkalkt, 2mal klagten die Kranken über auffallende Dysurie; in mehr als der Hälfte der Fälle war die Menstruation normal, 3mal war der Uterus auffallend lang. Bei 10 Kranken wurde die Ovariotomie vorgenommen, und es fanden sich dabei in 7 Fällen keine Adhäsionen, in 2 bestand Stieldrehung, in 5 Ascites. Von den 10 Operirten sind 2 erst kürzlich operirt worden, die anderen 8 sind 2 und $2^1/_2$ J. recidivfrei geblieben. Differentialdiagnostisch ist zu erwähnen, dass ein auffallend harter und schmerzloser Tumor bei sehr jungen Individuen wahrscheinlich ein Ovarialfibrom ist; gestielte subseröse Myome des Uterus sind bei diesen selten. Dermoide können zwar auch sehr hart sein, machen dann aber meist Schmerzen; Sarkome sind stets weich und fast immer von Amenorrhöe begleitet. Von Fibromen des Ligamentum ovarii, die recht selten sind, werden 3 erwähnt. 2 davon waren sichere Fibrome mit cystischen Hohlräumen, das eine war als Sarkom bezeichnet, doch sprechen die Härte und das langsame Wachsthum dagegen. Der von D. beschriebene Tumor wog über 16 Pfund, war einseitig, das Ovarium und die Tube waren frei von der Neubildung.

22) Doran: *Ueber einen noch nicht beschriebenen Fall von primärem Uteruscarcinom.* (p. 322.)

D. beschreibt eine Abbildung, die er in dem Atlas von Dr. Renaud aus dem J. 1847 fand. Die Krankengeschichte war nicht zu finden. Der Uterus war normal, die Ovarien waren klein, während die Tube stark ausgedehnt und Sitz einer carcinomatösen Neubildung war. D. ist wohl im Recht, wenn er diesen Fall als den ältesten beschriebenen von Tubencarcinom bezeichnet.

23) Galabin: *Myxosarkom der Urethra bei einem Kinde.* (p. 120.)

Der Tumor fand sich bei einem 3jähr. Mädchen, ging von der erweiterten Urethra aus und war durch das Hymen in die Scheide gelangt; er hatte 3 Zoll im Durchmesser und war von hellrother Farbe und gelappt. Die Urethra erwies sich nach galvanokaustischer Abtragung des Tumor als fingerdick erweitert, die Blasenschleimhaut mit Unebenheiten bedeckt. Das Kind starb 1 Woche nach der Entlassung, der Tumor erwies sich als ein Myxom mit eingesprengten Rundzellen.

24) Sidney Turner: *Hydronephrose.* (p. 103.)

Der Tumor wurde als Ovarialtumor diagnosticirt, obwohl die Därme vor ihm lagen. Bei der Operation erwies er sich als Hydronephrose mit normalem Ureter. Exstirpation von der Laparotomiewunde aus. Normaler Verlauf. Urinmenge anfangs gering, dann bis zur normalen steigend. Am 14. Tage plötzlicher Tod. Die *Sektion* ergab keine eigentliche Todesursache. Die gesunde Niere war 2mal so gross als normal und hatte 2 Ureteren, die beim Verlassen des Nierenbeckens $1^1/_2$ Zoll von einander getrennt waren, sich später näherten, aber nicht vereinigten.

Vol. XXXIX. 1897.

I. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1) Targett: *Geplatzte Schwangerschaf tim unvollkommenen Uterushorn.* (p. 46.)

Der aus dem 5. Schwangerschaftmonate stammende Fruchtsack stand in Verbindung mit der Cervix eines wohlgebildeten linken Uterushornes durch einen runden, einen feinen Kanal aufweisenden Strang von 3 Zoll Länge, der das untere Ende des rechten Müller'schen Ganges darstellte. Dass der Sack nicht tubaren Ursprungs war, bewies das von ihm abgehende Lig. rotundum und dass von ihm Tube und Ovarium abgingen. Im linken Horn fand sich eine Decidua. Geplatzt war der Sack bei starkem Erbrechen.

2) T. W. Eden: *Abgang einer Decidua ohne Extrauterinschwangerschaft.* (p. 132.)

Bei einer Frau, die mehrfach geboren hatte und sich für schwanger hielt, weil $10^1/_2$ Wochen die Periode ausgeblieben war, ging unter Blutungen eine typische Decidua ab. Sie stellte einen vollkommenen Uterusausguss dar und bestand aus charakteristischen Deciduazellen. Dabei bestand keinerlei Spur einer Extrauterinschwangerschaft, und E. betont, wie wenig sicher der Abgang einer Decidua als pathognomonisches Zeichen für das Bestehen einer ektopischen Schwangerschaft ist.

3) Herman: *Ektopische Schwangerschaft.* (p. 135.)

Die Frau wurde mit der Diagnose „Myom" operirt und man fand nach Eröffnen der Bauchhöhle einen durch zahlreiche feine Adhäsionen mit der Bauchwand, den Därmen und dem Netze verwachsenen Tumor, der mit einer schmutzig gelblichen Membran bedeckt war. Er erwies sich als ein extrauteriner Fruchtsack mit ziemlich ausgetragenem Foetus. Die thrombosirte Placenta sass dem Fundus uteri auf und dieser wurde nach Extraktion des Foetus mit amputirt und eingenäht. H. glaubt, dass es sich um eine ursprünglich in der Tubenampulle sitzende, nicht um eine Abdominalschwangerschaft handelte, dass das Chorion gegen die Bauchhöhle zu wuchs und, als aus irgend welchen Gründen das Ende der Tube dem Fundus uteri nahe war, die Chorionzotten sich mit diesem verbanden.

4) J. W. Taylor: *Ein 2. Fall von Abdominalschwangerschaft.* (p. 178.)

Eine 27jähr. Frau, die 4mal, das letzte Mal vor 4 J., normal geboren hatte, erkrankte von Anfang der erneuten Schwangerschaft an mit starkem Erbrechen, das in der 12. Woche 3—4mal blutig war; die Bewegungen des Kindes empfand sie diesmal auffallend deutlich, schmerzhaft und weit ausgedehnter, als sonst, doch hatte sie ausser einem dumpfen Schmerz im oberen Theile des Abdomens keine weiteren nennenswerthen Beschwerden. Gegen Ende der Schwangerschaft und nachdem vermeintlich Wehen eingetreten waren, hörten die Bewegungen auf, die kurz vorher auffallend stark empfunden worden waren, die Frau fühlte sich völlig wohl, bis stärkere Blutungen eintraten und fleischähnliche Stücke abgingen. Die Frau wurde operirt; man fand das Peritonaeum verdickt und mit einem Fruchtsack verwachsen, der einen todten, nicht zersetzten Foetus enthielt, in dunkel verfärbtem, blutigem Fruchtwasser. Die Placenta lag in der Tiefe und deckte das Becken, wo sie mit den Nachbarorganen durch Adhäsionen verwachsen war. Der nur vom Amnion bedeckte Foetus wurde extrahirt, die Adhäsionen der Placenta wurden einzeln abgebunden und versorgt und die Placenta ohne nennenswerthen Blutverlust entfernt. Die Frau genas.

5) Lewers: *Geplatzte Tubenschwangerschaft und Haematosalpinx der anderen Seite.* (p. 189.)

Das Interessante des Falles besteht darin, dass bei der rechten Tube, die eine wallnussgrosse Tubenmole enthielt und durch Ruptur zu einer starken Blutung geführt hatte, das Fimbrienende offen war, während das Fimbrienende der linken Tube verschlossen war und diese zu einem eben so grossen Haematosalpinxsack verwandelt war, wie auf der anderen Seite.

6) A. E. Giles und J. Maclean: *Zwei ungewöhnliche Fälle von Tubenschwangerschaft.* (p. 232.)

1. Fall. Eine 38jähr. Erstgeschwängerte erkrankte plötzlich unter den Zeichen einer Beckenzellengewebeentzündung und chronischer Darmocclusion; dabei war der Uterus durch einen retrouterinen Tumor, der das Rectum comprimirte, gegen die Symphyse verschoben und die Portio elevirt; es bestand Fieber. Zwar wurde eine Extrauterinschwangerschaft mit in den Bereich der Diagnose gezogen, doch schienen die Erscheinungen mehr für einen incarcerirten graviden retroflektirten Uterus zu sprechen und es wurde in Narkose ein Repositionversuch vorgenommen, der erfolglos war. Das Allgemeinbefinden verbot eine Laparotomie, ein weiterer Versuch, den Uterus zu sondiren, ergab, dass er leer war. Die Frau starb am Tage darauf. Bei der *Sektion* fand man neben allgemeiner frischer und alter Peritonitis eine geplatzte linkseitige Tubenschwangerschaft und eine rechtseitige Haematosalpinx.

Der 2. Fall betraf eine 26jähr. Frau, die wegen Urinverhaltung Aufnahme suchte. Die letzten Menses waren nur schwach gewesen und es folgte ihnen ein blutiger Ausfluss. Hinter der Cervix sass ein halbelastischer, den Douglas'schen Raum ausfüllender Tumor, den man für ein Myom oder einen retroflektirten schwangeren Uterus hielt. Nach Repositionversuchen wurde ein Pessar eingelegt, doch ergab die einige Zeit darauf vorgenommene Laparotomie eine geplatzte rechtseitige Tubenschwangerschaft. Diese Kr. genas.

7) A. Routh: *Geburt bei Paraplegie.* (p. 191.)

Eine Mehrgebärende erlitt im 7. Schwangerschaftmonate eine Fraktur des 6. Dorsalwirbels und hatte in Folge dessen eine vollkommene Lähmung der unteren Körperhälfte. Am 261. Tage nach der letzten Regel setzten die Wehen ein, ohne dass die Frau irgend welchen Schmerz hatte. Die erste Geburtperiode dauerte 10, die zweite $2^1/_4$ Stunden, die Placenta folgte auf leisen Druck nach 5 Minuten. Das einzige Gefühl der Frau während der Wehen war ein zusammenziehendes im Epigastrium, doch kein Schmerz; bei Durchtritt des Kopfes schrie sie zwar auf, doch mehr reflektorisch, nicht weil sie Schmerz empfand. Der Charakter der Wehen war im Allgemeinen ein mehr remittirender, als intermittirender, die Involution des Uterus und die Laktation verliefen normal. Die Frau starb 6 Monate später.

Im Anschlusse an diesen ausführlich beschriebenen Fall stellt R. aus der Literatur weitere Fälle zusammen und es ergab sich dabei, dass bei Paraplegie auch Schwangerschaft eintreten kann. R. schliesst, dass man den Geburtakt als einen theils automatischen, theils reflektorischen auffassen müsse, dass eine direkte Communikation mit dem Gehirn nicht wesentlich sei für eine coordinirte Wehenthätigkeit, obwohl das Gehirn einen controlirenden Einfluss auf die Wehenthätigkeit, im Sinne der Regelung, hat und dass eine direkte Communikation zwischen Uterus und Lendenanschwellung auf dem Wege der sympathischen Ganglien wahrscheinlich wesentlich sei für eine regelmässige, coordinirte Contraktion und Retraktion. Wahrscheinlich ist aber der Uterus auch im Stande, automatisch seinen Inhalt auszupressen beim Fehlen der spinalen Reflexe, doch ist dann der Process ein unregelmässiger. Die Laktation hängt nicht allein von nervösen Einflüssen ab, sondern zum Theil auch von chemischen Verän-

derungen im Blute, die nicht vom Eierstock abhängig sind.

8) W. S. A. Griffith und W. Lea: *Ueber Steisslage mit gestreckten Schenkeln.* (p. 13.)

Auf Grund von 17 eigenen Fällen von Steisslage mit gestreckten Schenkeln besprechen G. u. L. die Diagnose, den Geburtmechanismus, die Häufigkeit, die Prognose für das Kind und die Behandlung dieser Kindeslage. Sie kann primär bestehen oder sekundär während der Geburt entstehen und dieses ist das häufigere; an der Haltung des Kindes nach der Geburt, ob die Schenkel weiter gestreckt gehalten werden, oder nicht, lässt sich noch nachträglich die sekundäre von der primären Form unterscheiden. Die unvollkommene Steisslage ist bei Erstgebärenden häufiger als bei Mehrgebärenden (70% aller Fälle betrafen Erstgebärende). Bei Erstgebärenden ist die Diagnose manchmal schwer, doch immer zu machen, auch durch äussere Handgriffe allein, Fühlen der Hüfte neben dem Kopfe, bei Mehrgebärenden ist sie leicht. Die Prognose ist für das Kind nicht schlechter, als die der Steisslage überhaupt. Die prophylaktische Wendung auf den Kopf ist vor Wehenbeginn, besonders bei der sekundären Form, möglich; die Kinder können spontan geboren werden und es ist nur ausnahmeweise nothwendig, einen Fuss herabzuholen, bez., was besser ist, ein Bein zu beugen. Wird bei tief im Becken stehendem Steiss Hülfe nothwendig, so bedient man sich zur Extraktion am besten eines weichen, um einen, oder besser noch um beide Oberschenkel geschlungenen Bandes.

9) G. F. Blacker: Behandlung der Placenta praevia mit dem Kolpeurynter. (p. 138.)

Bl. empfiehlt für schwere Fälle von Placenta praevia statt der Wendung die Anwendung des Kolpeurynter und beschreibt 5 eigene und 17 Fälle aus der Literatur, in denen so vorgegangen wurde. Nur einmal wurde eine stärkere Blutung beobachtet, während sie sich sonst leicht durch Zug am Kolpeurynter controliren und beherrschen liess. In keinem Falle war die Einführung schwierig oder eine vorherige Dilatation der Cervix nothwendig. 5 Stunden 10 Minuten war durchschnittlich die längste Zeit, die zur Erweiterung der Cervix nothwendig war. Von den Müttern starb eine an vor Einlieferung in das Hospital acquirirter Sepsis, 5 hatten leichte Temperatursteigerungen, die anderen machten ein normales Wochenbett durch. Von 22 Kindern wurden 14 lebend entlassen, 8 wurden todt geboren, 4 starben bald nachher, so dass die Gesammtsterblichkeit 54.5% betrug. Die Vortheile der Kolpeuryse bestehen in: leichter Einführung, sicherer Blutstillung, leichter Beherrschung und Controle der Blutung durch Zug am Ballon, Erweiterung des Muttermundes durch diesen und nicht durch den Kindeskörper, Anregung der Wehenthätigkeit und verminderter Kindersterblichkeit. Infektionen lassen sich sicher vermeiden. Der Ballon soll nach dem Blasensprunge, bez. bei Placenta praevia centralis durch die Perforationstelle in die Amnionhöhle eingeführt werden.

10) W. J. Gow: *Ein Fall von Porro-Operation mit nachfolgender intraperitonaealer Stielversorgung.* (p. 7.)

Bei einer 37jähr. Frau, die sich im 8. Schwangerschaftmonate befand, musste der Kaiserschnitt nach Porro ausgeführt werden, weil von zahlreichen Fibromen des Uterus ein im Douglas'schen Raume durch Adhäsionen fest fixirtes die Conjugata bis auf 2 Zoll verkleinerte. Der Uterus wurde in der Höhe des inneren Muttermundes amputirt und der Stiel in gewöhnlicher Weise intraperitonäal versorgt. Die Mutter genas und wurde mit lebendem Kinde entlassen.

11) J. Phillips: *Uterusruptur. Abdominale Hysterektomie.* (p. 260.)

Bei einer 32jähr. Fünftgebärenden ereignete sich im 7. Schwangerschaftmonate bei Extraktionversuchen an der in Fusslage liegenden Frucht eine Uterusruptur, die von dem behandelnden Arzte nicht erkannt wurde. Bei dem Versuche, die Nachgeburt manuell zu lösen, brachte er statt der Nachgeburt das linke Ovarium, die Tube und Theile des Peritonaeum heraus und invertirte den Uterus. Dieser wurde, nachdem der Riss in ihm aufgefunden war, reponirt und einige Zeit darauf wurde wegen Collapserscheinungen die Laparotomie ausgeführt. Dabei zeigte es sich, dass der Riss vom Fundus bis zum inneren Muttermunde reichte und auf dieser Seite Ovarium, Tube und Lig. latum gänzlich fehlten. Der Uterus wurde abgetragen und intraperitonäal versorgt. Die Frau starb plötzlich am 5. Tage.

12) Mc Carron: *Geburtstörung durch Ovarialtumoren.* (p. 334.)

Nach ausführlicher Beschreibung zweier noch nicht veröffentlichten Fälle stellt C. im Ganzen 183 Fälle von Complikation der Geburt durch im Becken liegende Ovarialtumoren zusammen, die er nach der Art der Behandlung in 8 Tafeln ordnet. Die Meinungen über die beste Behandlung sind noch getheilt und C. stellt folgende Regeln auf. Zunächst soll stets ein Repositionversuch gemacht werden; wo er erfolglos bleibt, kommen dann je nach der Sachlage und, abgesehen von den direkten geburthülflichen Eingriffen, wie Zange, Wendung und Perforation, die Punktion der Cyste, die Sectio caesarea, die abdominale, bez. die vaginale Ovariotomie in Frage. C. geht auf die Einzelheiten näher ein und berührt zum Schlusse noch die weitere Behandlung in solchen Fällen. War die Sectio caesarea nothwendig, so soll man bei ihr den Tumor gleichzeitig mit entfernen; kann man annehmen, dass der Inhalt eines Ovarialtumor inficirt ist oder dass der Tumor sehr langem Drucke ausgesetzt war, so schliesst man an die Entbindung sofort oder einige Stunden später die Ovariotomie an. Dermoide sollen am Ende der ersten Woche des Puerperium entfernt werden. Einfache Cysten mit unschuldigem Inhalte können zunächst beobachtet werden, man braucht erst einzugreifen, sobald irgend welche drohende Erscheinungen auftreten.

13) Cullingworth: *Ueber die unverminderte Sterblichkeit an Puerperalfieber in England und Wales.* (p. 91.)

Die mit zahlreichen Tafeln ausgestattete Arbeit weist nach, dass die Sterblichkeit an Kindbettfieber in England und Wales laut Arbeiten von **Boxall** und **Williams** in den Jahren von 1847—1895 nicht nur nicht abgenommen, sondern sogar seit 1881, d. h. seit der Zeit genauerer Listenführung, zugenommen hat und während der ganzen Zeit zwischen 2%, und 2.4% schwankte. Aus den Zusammenstellungen von **Williams** über die puerperale Mortalität in den einzelnen Distrikten von England und Wales ergab sich für die Zeit von 1848—1894 eine Mortalität von 1.4%—2.4%, und zwar war sie dort am grössten, wo die Bevölkerung spärlich war und ärztliche Hülfe nur schwer erreicht wurde. Die einzelnen Distrikte von London hatten in der Zeit von 1891—1895 eine Mortalität von 0%—3.64% und auch in ihnen zeigte es sich, dass eine besonders dichte Bevölkerung eine Vermehrung der puerperalen Infektionfälle nicht direkt bedingt. Die Ursache dieser noch so wenig zufriedenstellenden Wochenbettverhältnisse in der Privatpraxis den Hospitälern gegenüber sieht C. in der immer noch theilweise recht mangelhaften Antisepsis von Seiten der Aerzte und Hebammen, die nicht genug auf die grosse Verantwortlichkeit ihrer Thätigkeit hingewiesen werden können.

II. Missbildungen u. s. w.

1) **J. Phillips**: *Fötale Monstrosität.* (p. 44.)

Die Mutter war im 6. Schwangerschaftmonate gefallen und kam zwischen dem 7. und 8. Monate nieder. Es war auffallend viel Fruchtwasser vorhanden, die Placenta war unregelmässig und auffallend gross. Der Foetus glich einem Froschgebilde und ist in der Arbeit genau beschrieben; seine inneren Organe waren normal.

2) **Targett**: *Accessorische Nebennieren im breiten Mutterbande.* (p. 157.)

Sie fanden sich bei einem ausgetragenen Neugeborenen in Form von kleinen, runden, weissen Knoten in beiden Lig. latis. Die Nieren und die Nebennieren selbst waren normal. Die Knoten hatten die Grösse eines Stecknadelkopfes und waren leicht erhaben. Mikroskopisch erwiesen sie sich als aus einem Gewebe bestehend, das fötalem Nebennierengewebe vollkommen glich.

III. Gynäkologie.

1) **A. E. Giles**: *Ueber Puls und Temperatur bei der Menstruation.* (p. 115.)

P. fand bei 45 Frauen und 50 Menstrualperiodenbeobachtungen, dass die Temperatur am niedrigsten in der Mitte der intermenstrualen Zeit ist, dann gleichmässig steigt und 2 Tage vor den Menses ihr Maximum erreicht. Am letzten Tage vor den Menses sinkt sie plötzlich, fällt gleichfalls, doch nicht so schnell am Ende der Periode und nochmals bei Beginn der intermenstrualen Zeit. Pulsbestimmungen an 7 Frauen während 9 Perioden ergaben, dass der Blutdruck am höchsten an den ersten beiden Menstruationtagen ist und einen Tag vor der Periode, geringer während der Periode selbst, um nach deren Aufhören wieder zu steigen. P. ist der Ansicht, dass die Periode als wiederholte Vorbereitung für die Aufnahme und Ernährung eines befruchteten Eies anzusehen ist; ist kein solches vorhanden, dann ist die Periode als eine verfehlte Schwangerschaft aufzufassen.

2) **Targett**: *Tuberkulöse Peritonitis.* (p. 126.)

Die Arbeit enthält eine ausführliche Beschreibung der durch diese Erkrankung hervorgerufenen Veränderungen in 2 Fällen, besonders der Beckenorgane, ohne Neues zu bringen.

3) **Bland Sutton**: *Myome des Uterushalses.* (p. 160.)

Bl. S. unterscheidet intracervikale Myome (im Halse entstanden und den Halskanal einnehmend) und subseröse cervikale Myome, in das Mesometrium hinein entwickelt. Beide unterscheiden sich mehrfach von einander. Ein Fall der ersten Art wird genau beschrieben, der Uterus sitzt dem ovoiden Myom wie eine Kappe auf, das Myom hat ein Gewicht von 5 kg. Diese Myome lassen sich ausschälen. Die subserösen Formen erreichen oft eine bedeutende Grösse, ihre Form selbst ist abhängig von den umgebenden Beckenknochen; sie können sehr heftige Druckerscheinungen auf Ureteren und Urethra herbeiführen. Grosse, das Becken füllende Cervikalmyome können klinisch leicht mit eingekeilten Corpus- oder Fundusmyomen verwechselt werden.

4) **Galabin**: *Schnell wachsendes Fibrom bei einer 63jähr. Frau.* (p. 229.)

Der Tumor bestand nachweislich seit 25 Jahren, hatte während der Menopause keine Störungen gemacht und nie zu Blutungen geführt. Erst in den letzten 5 Monaten begann er schnell zu wachsen und verursachte starke Oedeme. Eiweiss im Urin, Dyspnöe, Pulsbeschleunigung u. s. w. Er wurde durch Laparotomie mit extraperitonäaler Stielversorgung entfernt und wog 20 Pfund.

5) **Cullingworth**: *Fibromyoma uteri als Ursache von Darmocclusion und Tod 2 Jahre nach der Operation.* (p. 282.)

Bei einer 55jähr., seit 2 Jahren nicht mehr menstruirten Frau war der Tod durch Darmverschluss eingetreten. Bei der Punktion fand sich ein subseröses Myom, das das Rectum comprimirt hatte. Oberhalb der Compressionstelle war eine Perforation mit Austritt von Darminhalt eingetreten.

6) **Bland Sutton**: *Ueber abdominale Hysterektomie wegen Myom und Bericht über 28 Fälle.* (p. 292.)

Bl. S. ist der Ansicht, dass man bei der heutigen Technik Uterusmyome gleichwie Ovarialtumoren so früh wie möglich operiren soll und da, wo es möglich ist, statt der Castration den Uterus selbst entfernen soll. Um Ausfallserscheinungen zu vermeiden, lasse man möglichst das eine oder beide Ovarien mit Tube zurück. Er unterbindet beiderseits durch präparatorische Umstechung und deckt den Stumpf durch mittels 2—3 unterbrochener Seidennähte vereinigte Serosalappen. Von 28 in der Zeit vom August 1896 bis September 1897 im Chelsea und Middlesex Hospital operirten Frauen starben 2, die 7. und 8. der Reihe, so dass 20 hinter einander genasen.

7) **A. Routh**: *Malignes Adenom des Uterus.* (p. 5.)

Eine jetzt 57jähr. Frau wurde Anfang 1894 und im März 1895 wegen blutigen Ausflusses curettirt und die mikroskopische Untersuchung ergab keine maligne Neu-

bildung. Im April 1896 förderte ein erneutes Curettement papillomatöse Massen zu Tage, die ähnlich denen eines Blasenpapilloms waren und für nicht maligne erklärt wurden. Ein halbes Jahr später zwangen erneute Blutungen zur Totalexstirpation und es zeigte sich, dass die Neubildung in die Muskulatur hineingewachsen war.

8) Lewers: *Primäres Sarkom des Corpus uteri.* (p. 246.)

Bei einer 24jähr. Frau, die seit 1 Jahre verheirathet war und 3mal abortirt zu haben glaubte und seit dem ersten sogen. Abort blutete, fand sich bei der Austastung eine maligne Neubildung im Uteruskörper. Deshalb wurde der Uterus total exstirpirt und die mikroskopische Untersuchung ergab das Bild eines dem Deciduoma malignum identischen Sarkoms. L. glaubt, dass die Frau überhaupt nicht abortirt hatte, und giebt eine ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Befundes mit Abbildungen. Die Frau genas und war 3 Monate nach der Operation noch ganz gesund.

9) Targett: *Sarkom des Uterus mit Inversion.* (p. 285.)

Das Interessante an dem Falle ist, dass sich das Sarkom einmal bei einer sehr alten, 79jähr. Frau entwickelt hatte und dann, dass es durch sein Wachsthum zu einer Uterusinversion führte. Mikroskopisch bestand der Tumor aus einem Spindelzellensarkom mit grossen vielkernigen Zellen.

10) Playfair: *Carcinoma uteri.* (p. 288.)

Der Fall ist dadurch interessant, dass bei der Frau 2 Jahre vor Entstehung des Carcinoms auf beiden Seiten die Adnexe entfernt worden waren wegen Pyosalpinx. Die Operation war durch Adhäsionen auf der linken Seite nicht carcinomatöser Natur eine recht schwierige.

11) H. W. Tate: *3 Fälle von Pyometra als Complikation von Cervixcarcinom.* (p. 323.)

T. beobachtete bei 28 Totalexstirpationen wegen Cervixcarcinoms 3mal Pyometra und beschreibt die Fälle genauer. Alle 3 Frauen waren über 60 Jahre alt und genasen. Die Menge des Eiters betrug 3—4 Unzen. Er war äusserst übelriechend; spasmodische Schmerzen, Fieber waren nicht vorhanden. Die Operation war, abgesehen von der engen, senilen Scheide, durch die Vergrösserung des Uterus erschwert, die Beschmutzung des Operationfeldes durch den Eiter hatte keine üblen Folgen und T. glaubt dieses auf das Offenlassen der Bauchhöhle und Drainage mit Jodoformgaze zurückführen zu dürfen.

12) H. Roberts: *Fibroma ovarii.* (p. 8.)

Das Präparat stammte von einer 29jähr. Kr., die nicht geboren hatte, seit 1½ Jahren sehr starke Menstruationen hatte und über dumpfe Schmerzen im rechten Oberschenkel klagte. Kein Ascites. Der Tumor war ein viel über eigrosses, steinhartes und verkalktes Fibrom des rechten Ovarium von 6¼ Unzen Gewicht und 3½ Zoll Länge und 2 Zoll Dicke.

13) A. Doran: *Fibroma ovarii.* (p. 37.)

Der Tumor war bei einer 49jähr. Kr. zuerst langsam gewachsen und verursachte dann Ascites. Er hatte einen sehr kurzen, 5 Zoll breiten Stiel, war zunächst eingekeilt gewesen und dann nach oben gestiegen und war ein reines Fibrom. Der Ascites war auffallend reichlich, die Kr. hatte wenig Schmerzen gehabt. Der Uteruskanal maass 4 Zoll und D. glaubt, dass diese Verlängerung durch den constanten Zug des soliden Tumor bei kurzem Stiel entstanden sei.

14) Cullingworth: *Fibrom des Ovarium.* (p. 279.)

Das reine Fibrom des linken Ovarium stammte von einer 21jähr. Kr., die über gelegentlichen dumpfen Schmerz im Abdomen geklagt hatte und sonst keinerlei Störungen aufwies. Der Tumor bestand seit 2 Jahren, war 10½ Zoll lang und 5 Zoll dick und 5 Pfund 6 Unzen schwer; der Stiel war 2 Zoll lang.

15) Sh. Wilson: *Chronische Achsendrehung einer Ovariencyste und Drehung des verlängerten Uterus.* (p. 167.)

Bei einer 55jähr. Frau, die seit 2 Jahren mehrfache peritonitische Anfälle gehabt hatte, oftmals nach schwerem Heben, wurde eine 5 Pfund schwere multilokuläre Ovariencyste entfernt. Der Stiel war gedreht, daumendick und 2 Zoll lang. Mit dem unteren Theile der Geschwulst waren durch Adhäsionen innig verbunden Uterusfundus und rechte Adnexe und der Uterus erschien von rechts nach links gedreht. W. glaubt, dass diese Uterustorsion dadurch entstanden sei, dass sich wahrscheinlich mehrere Jahre vor der Entwickelung der Cyste ausgedehnte peritonäale Verwachsungen zwischen Uterus und Umgebung in Folge puerperaler Infektion gebildet hatten und so der Uterus in Folge der Verwachsung dem Zuge der Geschwulst folgen musste.

16) A. Doran: *Ueber die Behandlung von wahren und falschen Cysten („capsules") bei der Ovariotomie.* (p. 265.)

D. unterscheidet wahre und falsche Cysten, letztere vom Mesenterium, Omentum oder von entzündlichen Massen gebildet, erstere von der Mesosalpinx aus entwickelt; anatomisch falsche nennt er solche, bei denen der untere Theil des Lig. latum, des Peritonaeum parietale oder des Parametrium betheiligt sind. Die erste Art wird durch einfache Zerreissung der Adhäsion behandelt, während sich die Behandlung der beiden anderen je nach den Verhältnissen richtet. War die Kapsel gesund, so wird sie am einfachsten ganz entfernt, lässt sich kein ordentlicher Stiel bilden, ist das Gewebe gesund und steht die Blutung, so kann man sie sich selbst überlassen, andernfalls fixirt man sie im unteren Wundrande und drainirt. Diese Methode soll man auch dann stets anwenden, wenn die Wand vorgeschrittene Entzündungserscheinungen oder Vereiterung zeigt.

17) A. Doran: *4 Pfund schweres Lipom der Lumbalgegend.* (p. 40.)

Eine 55jähr. Frau, die seit mehr als 20 Jahren ein kleines Lipom der linken Lendengegend hatte, bemerkte in den letzten Jahren ein schnelleres Wachsthum der Geschwulst. Sie erwies sich als 19 Zoll lang und 10½ Zoll hoch, war elastisch, gelappt und mit der Haut nicht verwachsen. D. glaubt, dass das häufigere Vorkommen von Lipomen in der Lendengegend bei Frauen und bei Männern vielleicht auf das Tragen des Corsets zurückzuführen sei.

18) A. Doran: *Fibrom der Bauchwand.* (p. 42.)

Der Tumor war dadurch ausgezeichnet, dass er während der Schwangerschaft ein auffallendes Wachsthum zeigte; er wurde 5 Wochen nach der Entbindung exstirpirt, hing zusammen mit dem Obliquus internus und transversus. D. räth, derartige Fibrome möglichst früh zu operiren, um die Möglichkeit einer Bauchwandhernie zu vermeiden. Münchmeyer (Dresden).

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1899.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

(Meteorologie.)

Abderhalden, Emil, Die Bezieh. d. Zusammensetzung d. Asche d. Säuglings zu derjenigen d. Asche d. Milch b. Meerschweinchen. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. 6. p. 356. 594.

Abraham, Otto, u. Karl L. Schaefer, Ueber d. maximale Geschwindigkeit von Tonfolgen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 6. p. 408.

Albu, A., Zur Lehre von dem Eiweissstoffwechsel. Fortschr. d. Med. XVII. 21. p. 505.

Arnold, V., Eine neue Reaktion zum Nachweis d. Acetessigsäure im Harn. Wien. klin. Wchnschr. XII. 20.

Arnold, V., Ein Beitrag zur Spectroskopie d. Blutes. Med. Centr.-Bl. XXXVII. 28.

Ascoli, G., Studi emo-alcalimetrici. Clin. med. ital. XXXVIII. 4. p. 206. Aprile.

Bang, Ivar, Studien über Histon. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 463.

Barthélemy et Oudin, Les rayons X, la radioscopie et la radiographie. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 25. p. 659. Juin 20.

Bickel, Adolf, Zur Methode der quantitativen Bestimmung d. Traubenzuckers in reinen Lösungen u. im Blute. Arch. f. Physiol. LXXV. 3—5. p. 248.

Bloch, Ernst, Ueber d. Caseon, ein neues Eiweisspräparat. Fortschr. d. Med. XVII. 19. p. 461.

Boeke, J. D., Mikroskopische Phonogrammstudien. Arch. f. Physiol. LXXVI. 9 u. 10. p. 497.

Bonami, A., Die Ausscheidung d. Schwefeläther bei vorwiegend amylaceenhaltiger Kost. Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 584.

Bottazzi, F., et V. Ducceschi, Les substances protéiques du myocarde. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 126.

Bouma, Jac., Ueber d. quantitative Bestimmung d. Harnindicans nach *Wang-Obermayer*. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 348.

Brand, J., Eenige physisch-chemische getallen. Nederl. Weekbl. I. 23.

Briot, A., Sur l'existence dans le sang d'une substance empêchant l'action de la présure sur le lait. Gaz. des Hôp. 64.

Brun, Albert, Etude d'un calcul de cystine. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 327. Mai.

Brunner, M., Ueber eine neue Art d. Diagraphie mit Hülfe der Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen II. 5. p. 178.

Cammidge, P. J., A criticism of the more commonly employed tests for albumin in urine. Lancet May 20. p. 1393.

Carrière, G., Sur la présence d'oxydases indirectes dans les liquides normaux et pathologiques de l'homme. Echo méd. du Nord III. 24.

Caspari, Wilh., Ein Beitrag zur Frage nach der Quelle d. Milchfetts. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 267.

Claudius, M., En Termoregulator. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 21.

Clemens, P., Die Diazoreaktionen d. Harns. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 74.

Cloëtta, M., Ueber d. Genese d. Eiweisskörper bei d. Albuminurie. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 5 u. 6. p. 453.

Colquhoun, Walter, A criticism of the more commonly employed tests for albumin in urine. Lancet April 29. May 13. 27. p. 1183. 1323. 1456.

Colquhoun, Walter, Carbolic acid as a test for albumin. Lancet May 6.

Coplin, W. M. L., Acetosoluble albumin in the urine. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. II. 7. p. 158. May.

Cordier, Nouveau mode de recherche de l'urobiline. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 7. p. 35. Juillet.

Cotton, S., Action de l'eau oxygénée sur l'urine; origine de l'acétone. Lyon méd. XCI. p. 359. Juillet.

Couturieux, Ch., La levure de bière; la lévurine. Presse méd. VII. 39.

Czapski, S., Binoculares Cornealmikroskop. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 229.

Deroide, E., et Oui, Note sur une cause d'erreur dans les analyses des urines albumineuses. Gaz. des Hôp. 42.

Destot, Sur le développement des radiographies. Lyon méd. XCI. p. 80. Mai.

Destot, Le stéréocinématoscope. Lyon méd. XCI. p. 408. Juillet.

Epstein, Stanislaus, Apparat zum sterilen Abfüllen von Flüssigkeiten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 1.

Etard, Chlorophylles et chlorophyllies de fougères. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 5. p. 456. Mai.

Fabian, Edmund, Ueber d. Verhalten d. salzsauren Glykosanins im Thierkörper. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 167.

Favre, De la radiographie métrique. Lyon méd. XCI. p. 39. Juillet.

Favre et Chauvet, De la photographie microscopique. Lyon méd. XC. p. 584. Avril.

Friedenthal, H., Ueber chem. Bindung zwischen colloidalen u. krystalloiden Substanzen. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 3.

Frankenhäuser, Fritz, Die Elektrochemie als med. Wissenschaft. Ztschr. f. Elektrother. u. ärztl. Elektrotechn. I. 2. p. 49.

Gottlieb, R., Ueber die quantitative Bestimmung d. Harnstoffs in d. Geweben u. d. Harnstoffgehalt d. Leber. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 238.

Gregor, A., Ueber d. quantitative Bestimmung d. reducirenden Substanzen im Harne nach d. Verfahren von *Zdenek Peska*. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. X. 5. p. 240.

Gulewitsch, Wl., Ueber d. Thymin. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 292.

Gulewitsch, Wl., Ueber d. Verhalten d. Trypsins gegen einfachere chem. Verbindungen. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 540.

Hagemann, O., Beitrag zur Lehre vom Stoffwechsel d. Wiederkäuer. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 111.

Haig, A., Some remarks on the excretion of uric acid and its relation to solubility. Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. 155.

Hardy, W. B., On the coagulation of proteid by electricity. Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. 288.

Hélier, Henri, Sur le pouvoir réducteur des urines. Gaz. des Hôp. 82.

Heyse, Bemerkungen über Pegamoid. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 4. p. 228.

Hirschmann, W. A., Centrifugen-Quecksilber-unterbrecher mit continuirl. fliessendem Quecksilberstrahl. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 5. p. 187.

Hofmann, A., Die Rolle d. Eisens b. d. Blutbereitung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 29.

Hüfner, G., Nachträgliche Bemerkungen zu Dr. *von Zeynek's* Versuchen, die die Bildung des Methämoglobins betreffen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 491.

Hugounenq, L., Recherches sur la statique des élements minéraux et particulièrement du fer chez le foetus humain. Lyon méd. XC. p. 5. 71. Mai.

Huppert, Hugo, Ueber die Homogentisinsäure. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 129.

Jager, L. de, Worden melkzure zouten in het lichaam geoxydeerd? Nederl. Weekbl. I. 21.

Jolles, Adolf, Beiträge zur Kenntniss d. Gallenfarbstoffe. Arch. f. Physiol. LXXV. 8—10. p. 446.

Jolles, Adolf, Beiträge zur qualitativen u. quantitativen Gallenfarbstoffbestimmung im Harne. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 23.

Knijaskow, W. J., Ueber die Fixation des Blutes mittels Sublimat u. Osmiumsäure. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 10.

Kohn, Rudolf, Studien u. Versuche über physiolog. Elektrochemie. Halle a. S. Wilh. Knapp. Gr. 8. 40 S.

Kowarsky, Albert, Zur Vereinfachung d. Phenylhydrazinprobe. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 19.

Kozai, Y., Beiträge zur Kenntniss der spontanen Milchgerinnung. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 337.

Leersum, E. C. van, Over den oorsprong van het urobiline. Nederl. Weekbl. I. 23.

Lehmann, K. B., Ueber das Haemorrhodin, ein neues Blutfarbstoffderivat. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 4. p. 57.

Leick, W., Magnet. Kraftlinienbilder. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 5. p. 165.

Leshure, John, An improved microscopic forceps. Med. News LXXIV. 18. p. 556. Mai.

Little, E. Muirhead, The interpretations of skiagraphs. Brit. med. Journ. May 20.

Loeb, Jacques, Ueber d. Aehnlichkeit d. Flüssigkeitsresorption in Muskeln u. in Seifen. Arch. f. Physiol. LXXV. 6 u. 7. p. 303.

Lohnstein, H., Einige neuere Arbeiten über physiol. u. pathol. Chemie d. Harnes, nebst Anhang: einige neue Harnproben. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 34. 35.

Loison, Ed., Installation et fonctionnement du laboratoire de radiographie de l'hôpital militaire de Val-de-Grace. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 5. p. 334. Mai.

Magnus-Levy, Adolf, Die Oxybuttersäure u. ihre Beziehungen zum Coma diabeticum. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 149.

Mayer, Paul, Ueber d. Ausscheidung u. d. Nachweis d. Glykuronsäure im Harne. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 27. 28.

Moll, Alfred, Zur Histochemie des Knorpels. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 9.

Müller, Edmund, Ueber das Vorkommen u. die Vertheilung d. Glykogens in Geschwülsten. Inaug.-Diss. Zürich. Orell Füssli. 8. 30 S.

Nebelthau, E., Beitrag zur Lehre vom Hämatoporphyrin d. Harns. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 324.

Nencki, M., u. J. Zaleski, Ueber d. Verhalten d. Benzoyl- u. d. Calciumsuperoxyds im Verdauungskanale d. Menschen u. d. Hundes. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 487.

Panzer, Theodor, Chem. Untersuchung einer Hydramniosflüssigkeit. Wien. klin. Wchnschr. XII. 29.

Parsons, J. Inglis, Fermentation without yeast cells. Lancet April 29. p. 1183.

Pflüger, E., Die Bestimmung des Glykogens nach *Brücke* u. *Külz*. Arch. f. Physiol. LXXV. 3—5. p. 120.

Pope, Carlyle, Zur Kenntniss der Beziehungen zwischen Hyperleukocytose u. Alloxurkörperausscheidung. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 25.

Reik, Richard, Die neuen Bestandtheile d. atmosphär. Luft. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 26.

Röntgenstrahlen s. I. *Barthélemy, Brunner, Destot, Favre, Little, Loison, Wiesner.* II. *Brühl, Cowl, Hawkins, Levy, Menke, Ranke.* III. *Joachimsthal.* IV. 1. *Orleman;* 2. *Rieder, Walsham;* 3. *Boisson, Levy, Stembo;* 4. *Destot, Steudel, Williams;* 8. *Merklen, Sabrazès, Schulz, Stembo;* 10. *Buri, Holland, Ivanischewitsch, Ledermann, Stenbeck, Zarubin.* V. 1. *Galeazzi, Loison, Wildt;* 2. a. *Barker, Harrington;* 2. c. *Briggs;* 2. d. *Moullin, Ringel;* 2. e. *Broca, Bunge, Grünwald, Jedlička, Linow, Metzner, Wolff.* VIII. *Rehn.* X. *Groenouw, Stephenson.* XI. *Schulz, Wassmund.* XIV. 4. *Berall, Freund, Langenmantel.* XIX. *Williams.*

Rolants, Fermentation des figues de Barbarie. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 5. p. 452. Mai.

Rosin, Apparat zur Bestimmung des Eisens im Blute. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 23. Beil.

Rost, E., Ueber d. Schicksale d. o-Oxychinolins u. zur Kenntniss d. Ausscheidung d. gepaarten Schwefelsäuren im Hundeharn. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 376.

Sabbatani, L., Ferment anti-coagulant de l'ixodes ricinus. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 37.

Salaskin, Sergei, Ueber die Bildung von Harnstoff in d. Leber d. Säugethiere aus Amidosäuren d. Fettreihe. Arch. f. Physiol. LXXVI. 9 u. 10. p. 494.

Salisbury, J. H., The alkalinity of the blood in its physiologic and pathologic relations. Medicine V. 7. p. 529. July.

Salkowski, E., a) Ueber d. 1. Produkt d. Verdauung des Caseins durch Pepsinsalzsäure. — b) Ueber d. Bildung von Skatolessigsäure b. d. Eiweissfäulniss. — c) Ueber eine langsam verlaufende Eiweissspaltung. — d) Zur Frage über den Einfluss der Kohlehydrate auf die Eiweissfäulniss. — e) Ueber den Einfluss von Schwefelkohlenstoff auf d. Kohlenoxydblut. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 297. 302. 305. 316. 319.

Salkowski, E., Ueber das Vorkommen von Pentosen im Harn. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 507.

Schreiber, E., Ueber d. Harnsäure unter physiol. u. pathol. Bedingungen. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. 116 S. 3 Mk.

Schulz, Fr. N., u. O. Falk, Phosphorsäureausscheidung nach Kastration. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 250.

Schulze, E., Ueber d. Verbreitung d. Rohrzuckers in d. Pflanzen, über seine physiolog. Rolle u. über lösl. Kohlehydrate, die ihn begleiten. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 267.

Schumacher u. W. L. Jung, Ueber eine einfache u. zuverläss. Methode, quantitativ im Harne das Quecksilber zu bestimmen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 138.

Schwendt, A., u. Rud. König, Experiment. Bestimmungen d. Wellenlänge u. Schwingungszahl höchster hörbarer Töne. Arch. f. Physiol. LXXVI. 2—4. 6 u. 7. p. 189. 346.

Seegen, J., Ueber einige in d. Leber vorhandene durch Säure in Zucker umwandelbare Substanzen. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 5.

Siegfried, M., Ueber Antipepton. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 335.

Siringo, G., Su di un nuovo reattivo dell'acid

cloridrico „la nitroidprossilammina“ e suo valore nell'esame del contenuto gastrico. Rif. med. XV. 153.

Spitzer, W., Die Ueberführung von Nucleinbasen in Harnsäure durch d. sauerstoffübertragende Wirkung von Gewebsauszügen. Arch. f. Physiol. LXXVI. 2—4. p. 912.

Szabó, Josef, Die chem. Reaktion des Speichels. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 152.

Tallqvist, T. W., En metod att för praktiska ändamål direkt uppskatta hämoglobinhalten. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 6. s. 726.

Tangl, F., Beitrag zur Kenntniss d. Energiegehalts d. menschl. Harns. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 251.

Tarchetti, C., Per la ricerca dell'albumina nelle urine. Gazz. degli Osped. XX. 70.

Trillat, Essai sur l'emploi des matières colorantes pour la recherche des eaux d'infiltration. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 5. p. 444. Mai.

Vorderman, A. G., Analecta op bromatologisch gebied. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 2. blz. 147.

Waldvogel, Woraus u. wo entsteht d. Aceton? Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 28.

Walter, B., Physikal.-techn. Mittheilungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 5. p. 181.

Wang, Eyvin, Fütterungsversuche mit Indol. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 557.

Weidenbaum, Jos., Zur quantitativen Bestimmung des Glykogens. Arch. f. Physiol. LXXV. 3—5. p. 113.

Weinland, Ernst, Beiträge zur Frage nach dem Verhalten d. Milchzuckers im Körper, besonders im Darm. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 1. p. 16.

Weis, Fr., Om Ferment-Teorier. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 7. S. 424.

Weiss, J., Weitere Beiträge zur Erforschung der Bedingungen der Harnsäurebildung. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 216.

Wetzel, G., Ueber die Spaltungsprodukte d. Conchiolins. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 5.

Wichmann, Arthur, Ueber d. Krystallformen d. Albumine. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 575.

Wiener, Hugo, Ueber Zersetzung u. Bildung d. Harnsäure im Thierkörper. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 5 u. 6. p. 375.

Wiesner, B., Ein Röntgeninstrumentarium für d. prakt. Arzt. Aerztl. Polytechn. 7.

Yvon, P., Sur l'amylase. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 6. p. 523. Juin.

Zdarek, Emil, Chem. Untersuchung des Inhaltes einer Pankreascyste. Wien. klin. Wchnschr. XII. 29.

Zeynek, Richard von, Neue Beobachtungen u. Versuche über d. Methämoglobin u. seine Bildungsweise. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 460.

Zeynek, Rich. von, Zur Kenntniss der menschl. Lebergalle. Wien. klin. Wchnschr. XII. 21.

Zuelzer, G., Ueber Darstellung von Lecithin u. andern Myelinsubstanzen aus Gehirn- u. Eigelbextrakten. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 255.

Zuntz, N., Ueber eine neue Methode d. Aufsamml. u. Analyse von Darm- u. Gährungsgasen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 579.

Zunz, E., Die fraktionäre Abscheidung d. peptischen Verdauungsprodukte mittels Zinksulfat. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 219.

S. a. II. Arnold, Baldi, Basch, Bechterew, Bottazzi, Cowl, Ducceschi, Frey, Friedlaender, Gaertner, Gilbert, Heubner, Hill, Holowinski, Huchard, Hugounenq, Jolles, Jürgensen, Keller, Knoepfelmacher, Kóssa, Kresteff, Kübel, Mering, Michaelis, Möller, Müller, Munk, Neumann, New, Nikolaides, Noll, Petit, Pflüger, Schenck, Schüle, Schultz, Smidt, Spina, Sternberg, Stewart, Zehender, Zuntz. III. Behring, Boland, Carrière, Conradi, Hamburger, Jeanbrau, Lacerda, Pace, Petry, Seelig. IV. 2. Horton, Köppen; 3. Carrière, Fish; 5. De Filippi, Deganello, Edsall, Greco, Leney, Marischler, Schroth, Sternberg; 6. Martin, Pick; 7. Chancel; 8. Lannois, Marischler, Pfaff, Pfeiffer; 9. Jaksch, Magnus, Müller, Rosenqvist, Schneider, Sciaudone, Vollbrecht, Zagari. V. 2. c. Deganello. VI. Falk. VII. Couvelaire. VIII. Bendix. XIII. 1. Bullinger; 2. Addario, Austin, Bettmann, Chittenden, Czyhlarz, Raimann, Thompson; 3. Ipsen, Raphaël, Wachholtz. XIV. 1. Bain, Jocoangeli; 2. Spitta. XV. Hesse, Kapteyn, Kunz, Praussnitz.

II. Anatomie und Physiologie.

(Anthropologie, Ethnologie, Zoologie, vgl. Anatomie, Entwicklungsgeschichte.)

Abderhalden, Emil, Die Beziehungen d. Wachsthumsgeschwindigkeit d. Säuglings zur Zusammensetzung d. Milch b. Hunde, b. Schwein, b. Schaf, b. d. Ziege u. b. Meerschweinchen. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 408.

Abelsdorff, G., Ein unbeachtet gebliebenes Augensymptom b. d. Kältestarre d. Frösche. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 4.

Abraham, Otto, Ueber d. Abklingen von Tonempfindungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 6. p. 417.

Addario, C., Versuche über das Eindringen gelöster Substanzen durch Diffusion in d. vordere Augenkammer nach Injektion unter d. Bindehaut. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 362.

Adolphi, H., Ueber d. Wirbelsäule u. d. Brustkorb zweier Hunde. Morphol. Jahrb. XXVII. 2. p. 263.

Aichel, Otto, Das Mittelhirn jugendl. Salmoniden u. seine Verbindungen mit Berücksichtigung vergleichend anatom. Verhältnisse. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. II. 2. p. 190.

Alezais, Etude anatomique du cobaye (cavia cobaya). Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 3. p. 333. Mai—Juin.

Anderson, R. J., A discussion on the significance of muscular anomalies. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 3 u. 4. p. 55.

Arnold, Julius, Ueber d. sogen. Gerinnungscentren. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 8 u. 9.

Ach, Narciss, Ueber geistige Leistungsfähigkeit im Zustande d. eingeengten Bewusstseins. Ztschr. f. Hypnot. IX. 1. p. 1.

Auld, A. G., Additional observations on the function of the suprarenal gland. Brit. med. Journ. June 3.

Austin, A. E., Starch digestion in the stomach. Boston med. and surg. Journ. CXL. 14. p. 325. April.

Avrorov, P. P., Sur la calorimétrie directe et indirecte chez les animaux en état d'équilibre azotique d'inanition et de réalimentation après inanition préalable. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 4. p. 430.

Bach, L., Weitere vergleichend-anatom. u. experim. Untersuchungen über d. Augenmuskelkerne. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 5. p. 68.

Bach, L., Experiment u. pathol.-anatom. Untersuchungen über d. Pupillarreflexbahn. Sehnervenbefund b. doppelseit. reflektor. Pupillenstarre. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 5. p. 76.

Bähr, Ferdinand, Bemerkung zu d. Abhandlung *Wolff's* „d. Lehre von d. funktionellen Knochengestalt“. Virchow's Arch. CLVI. 2. p. 405.

Baldi, D., Si la thyréoïde détruit un poison qui se formerait normalement dans l'organisme. Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 281.

Barbarin, P., et F. Devé, Malformations congénitales multiples; spina bifida lombo-sacré antérieur;

exstrophie de la vessie; hernie ombilicale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 255. Mars.

von Basch, Mein Pneumometer. Wien. med. Presse XL. 24. — Wien. med. Wchnschr. XLIX. 24.

von Basch, Mein Sphygmomanometer u. *Gärtner's* Tonometer. Wien. med. Presse XL. 28.

Basch, S. von, Ueber d. Messung d. Lungenvolums u. d. Lungenelasticität. Arch. f. Physiol. LXXVI. 7 u. 8. p. 356.

Bayliss, W. M., and E. H. Starling, The movements and innervation of the small intestine. Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. 99.

Bechterew, W. von, Ein neues Algesimeter. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 9.

Bechterew, W. von, Untersuchungsergebnisse, betreffend die Erregbarkeit des hinteren Abschnittes des Stirnlappens. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 500.

Beer, Th., A. Bethe u. J. von Uexküll, Vorschläge zu einer objektivirenden Nomenclatur in d. Physiologie d. Nervensystems. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 6.

Bell, Guido, Biologie vom vitalist. Standpunkte u. ihre Bezieh. zur Heilkunde. Memorabilien XLII. 4. p. 193.

Benda, C., Weitere Mittheilungen über d. Mitochondria. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 376.

Benda, C., u. F. Perutz, Ueber ein noch nicht beobachtetes Strukturverhältniss d. menschl. Hodens. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 577.

Bethe, A., Die von *M. v. Lenhossék* gewünschten Aufklärungen [Neuronlehre]. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 12.

Bethe, Albrecht, Die Locomotion d. Haifisches (Scyllium) u. ihre Beziehungen zu d. einzelnen Gehirntheilen u. zum Labyrinth. Arch. f. Physiol. LXXVI. 9 u. 10. p. 470.

Bietti, Amilcare, Zur Frage d. elast. Gewebes im menschl. Auge. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 269.

Birukoff, Boris, Ueber d. Wirkung einer gleichzeitigen Reizung beider Vagusnerven auf d. Athmungscentrum. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 525.

Bischoff, E., Zur Anatomie d. Hinterstrangkerne b. Säugethieren. Jahrbb. f. Psych. XVIII. 1 u. 2. p. 371.

Boinet, Recherches sur les fonctions des capsules surrénales. Gaz. des Hôp. 81.

Bolk, L., Die Homologie d. Brust- u. Bauchmuskeln. Morphol. Jahrb. XXVII. 2. p. 317.

Bottazzi, F., Contribution à la connaisance de l'importance physiologique des substances minérales. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 53.

Bottazzi, F., Sur la rythmicité du mouvement du coeur et sur ses causes (du rythme dans les phénomènes biologiques). Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 63.

Bottazzi, F., Contributions à la physiologie du tissu des cellules musculaires. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 97.

Boycott, A. E., Note on the muscular response to 2 stimuli of the sciatic nerve. Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. 144.

Bradford, E. H., Variations in humane gait. New York med. Record LVI. 2. p. 47. July.

Braus, H., Beiträge zur Entwickelung d. Muskulatur u. d. peripher. Nervensystems d. Selachier. Morphol. Jahrb. XXVII. 3. p. 415.

Brodmann, K., Ueber d. Nachweis von Astrocyten mittels d. *Weigert*'schen Gliafärbung. Jen. Ztschr. f. Naturw. XXXIII. p. 181.

Brühl, Gustav, Radiogramme von den Hohlräumen in Ohr u. Nase. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 2. p. 117.

Brünings, W., Zur Physiologie d. Kreislaufs d. Fische. Mit Zusatz von *P. Grützner*. Arch. f. Physiol. LXXV. 11 u. 12. p. 599. 641.

Bruno, Arturo, Die Flimmerbewegung in den Uterindrüsen. Arch. f. Physiol. LXXV. 6 u. 7. p. 332.

Bruno, G. G., Excitabilité spécifique de la muqueuse du tube digestif. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 1 et 2. p. 87.

Bunch, J. L., Vaso-motor effects on the small intestine produced by stimulation of the central end of the vagus. Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. XXVII.

Camerer sen., W., 2 neue physiologische Untersuchungsmethoden: d. Bestimmung d. osmot. Druckes u. d. Dissociationsgrades. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 22. 23.

Carrel, Invagination congénitale de la vessie dans l'uretère droit. Lyon méd. XC. p. 18. Mai.

Carvallo, J., u. G. Weiss, Ueber d. Widerstand d. Muskeln gegen d. Zerreissung im Zustande d. Ruhe u. Erregung. Arch. f. Physiol. LXXV. 11 u. 12. p. 591.

Caspari, Wilhelm, Die Bedeutung d. Eiweisses f. d. Fleischbildung. Fortschr. d. Med. XVII. 19. p. 464.

Cavazzani, Emilio, Ueber d. Mechanismus d. Zuckerbildung in d. Leber. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.]. Suppl. I. p. 105.

Ciaccio, G. V., Aperçu bibliographique sur les leçons d'anatomie microscopique générale et des organes des sens. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 157.

Civatte, Malformation aortique; 2 valvules sigmoïdes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. 1. p. 482. Mai.

Cobb, Albert C., A case of spina bifida. New York med. Record LV. 16. p. 581. April.

Cohn, W., Anatomie in China. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Coleman, Warren, The relation of cardiac murmurs to the events of the normal cardiac cycle. New York med. Record LVI. 3. p. 87. July.

Cominelli, Alfredo, Di un metodo di tecnica per lo studio dei prolungamenti delle cellula nervosa. Policlin. VI. 11. p. 285.

Corning, H. K., Ueber einige Entwicklungsvorgänge am Kopfe d. Anuren. Morphol. Jahrb. XXVII. 2. p. 173.

Cowl, W., Eine Methode zur Gewinnung scharfer Bilder d. Thoraxinhaltes während d. Athmung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 5. p. 169.

Cowl, W., Ueber d. Lageveränderung d. Thoraxorgane b. d. Athmung u. deren Darstellung auf d. Röntgogramm mittels eines Rheotomverfahrens. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 574.

Cramer, A., Neuere Arbeiten über d. Lokalisation geistiger Vorgänge. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 11 u. 12.

Czapek, F., Reizbewegungen b. Thieren u. Pflanzen. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 8.

De Buck, D., La localisation médullaire de l'innervation motrice du périnée et du rectum. Belg. méd. VI. 18. p. 549.

Deganello, Umberto, Azione della temperatura sul centro bulbare inibitore del cuore e sui centri bulbari vaso-constrittori. Gazz. degli Osped. XX. 82.

Delanglade, Imperforation ano-rectale. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 305. Juillet.

Delitzin, S., Ein Fall von Durchbohrung d. M. scalenus anterior durch d. Truncus thyreocervicalis. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 124.

Denker, Alfred, Zur Anatomie d. Gehörorganes d. Säugethiere. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 207.

Dessoir, Max, Die „Lebenskraft" in d. Physiologie d. 18. Jahrhunderts. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 195.

Dévé, F., Note sur le trajet de la veine grande azygos. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 448. Mai.

Dewitz, J., Ueber Rheotropismus b. Thieren. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 231.

Dexter, Franklin, Ueber d. Morphologie d. Verdauungssystems d. Katze. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 150.

Dixon, The sensory distribution of the 7th. cranial nerve in man. Dubl. Journ. CVII. p. 385. May.

Dötsch, A., Anatom. Untersuchung eines Falles von Microphthalmus congenitus bilateralis. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 59.

Dogiel, A. S., Ueber d. Bau d. Ganglien in d. Geflechten d. Darmes u. d. Gallenblase d. Menschen u. d. Säugethiere. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 130.

Drago, S., Sopra un caso di amastia unilaterale e di atelia, complicato ad altre anomalie. Gazz. degli Osped. XX. 64.

Drago, S., Contributo allo studio dell'influenza della glandola tiroide sulla funzione sessuale. Gazz. degli Osped. XX. 79.

Ducceschi, V., Sur le métabolisme des centres nerveux. I. L'eau dans les fonctions du système nerveux central. Arch. ital de Biol. XXXI. 2. p. 269.

Eckhard, C., Ueber d. Einfluss d. Galle auf d. peristalt. Bewegungen d. Dünndarms. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 3.

Edinger, L., Einige Bemerkungen anlässlich der Arbeit: Bau des Wirbelthiergehirns von *Bela Haller*. Journ. of compar. Neurol. IX. 2. p. XI.

Edington, Geo. Henry, Defective development of the ribs. Brit. med. Journ. July 22. p. 253.

Edmunds, Walter, Further observations and experiments on the thyroid and parathyroid. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 64.

Elschnig, Anton, Normale Anatomie d. Sehnerveneintrittes. Zusammenstellung ophthalmosk. u. anatom. Befunde. Mikrophotographie von *O. Zoth*. [Augenärztl. Unterrichtstafeln, herausgeg. von *H. Magnus*. Heft XVI.] Breslau. J. U. Kern's Verl. (Max Müller). Gr. 8. 26 S. Text u. XVIII Tafeln. 15 Mk.

Ernst, Paul, Mehrfache Bildungsfehler d. Centralnervensystems. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 482.

Eröss, J., Ein Fall von im fötalen Leben geheilter Spina bifida. Ungar. med. Presse IV. 21. 22.

Ewald, J. Rich., Zur Physiologie d. Labyrinths. VI. Eine neue Hörtheorie. Arch. f. Physiol. LXXVI. 2—4. p. 147.

Ewald, J. Rich., Zur Methodik d. Messung d. peripher. Widerstands in einer Arterie. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 245.

Fick, A., Bemerkungen zur Mechanik d. Erhebung auf d. Zehen. Arch. f. Physiol. LXXV. 6 u. 7. p. 341.

Fick, Rud., Notiz über einen M. sternalis. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 193.

Fredet, Pierre, Les pédicules vasculaires de l'utérus. (Ligament large. Gaîne hypogastrique. Fossette ovarienne.) Ann. de Gynécol. LI. p. 365. Mai.

Frentzel, J., Ueber d. Einfl. d. Nährstoffe auf d. Belebung ermüdeter Muskeln. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 383.

Frentzel, Johannes, Ergograph. Versuche über die Nährstoffe als Kraftspender für ermüdete Muskeln. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 141.

Frey, A., Ein neuer Blutdruckmesser f. Arterien-, Venen- u. Capillardruckbestimmung. Aerztl. Polytechn. 5.

Frey, M. von, Ueber d. Einfl. d. Schwere auf d. Kreislauf. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 14. p. 433.

Friedenthal, H., u. M. Lewandowsky, Ueber d. Verhalten d. thier. Organismus gegen fremdes Blutserum. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 531.

Friedlaender, Benedict, Ueber noch wenig bekannte kosmische Einflüsse auf physiol. Vorgänge. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 570.

Fuchs, Theodor, Zähne u. Nervensystem. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 6. 7. p. 283. 344.

Gaertner, Gustav, Ueber einen neuen Blutdruckmesser (Tonometer). Wien. med. Presse XL. 26. — Wien. med. Wchnschr. XLIX. 30.

Gaertner, G., u. J. Wagner, Zur Lehre vom Hirnkreislauf. Wien. klin. Wchnschr. XII. 26.

Garnier, Ch., Un cas de dextrocardie avec autopsie. Presse méd. VII. 55.

Gérard, G., Description d'un monstre célosomien. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 3. p. 311. Mai—Juin.

Giese, E. A., Ueber d. Bestandtheile d. weissen Substanz d. menschl. Rückenmarks nach d. entwickelungsgeschichtl. Methode. Petersburg. Druck von Eudokim. 8. 257 S. mit Tafeln. [Russisch.]

Gilbert, A., et L. Fournier, La défense de l'organisme par la fibrine. Semaine méd. XIX. 26.

Golgi, Camillo, De nouveau sur la structure des cellules nerveuses des ganglions spinaux. Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 273.

Goltz, Fr., Beobachtungen an einem Affen mit verstümmeltem Grosshirn. Arch. f. Physiol. LXXVI. 7 u. 8. p. 411.

Griesbach, H., Vergleichende Untersuchungen über d. Sinnesschärfe Blinder u. Sehender. Arch. f. Physiol. LXXV. 8—12. p. 365. 523.

Grober, Julius A., Ueber d. Athmungsinnervation d. Vögel. Arch. f. Physiol. LXXVI. 9 u. 10. p. 427.

Grünwald, L., Eine neue Art von Elementarkörnchen (Granula) im Blut, Auswurf u. Geweben d. Menschen. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 30.

Grynfeltt, Ed., Le muscle dilatateur de la pupille chez les mammifères. Ann. d'Oculist. CXXI. 5. p. 331. Mai.

Guéniot, Paul, Le sphygmographe de *Dudgeon* et ses tracés; étude comparée avec le sphygmographe de *Marey*. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 279. Mars.

Guillery, Messende Untersuchungen über den Formensinn. Arch. f. Physiol. LXXV. 8—10. p. 466.

Guinard, L., et E. Martin, Actions cardio-vasculaires du suc thyroïdien. Lyon méd. XC. p. 591. Avril.

Hamaker, H. G., Ueber Nachbilder nach momentaner Helligkeit. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 1 u. 2. p. 1.

Hamburger, C., Weitere Beobachtungen über d. physiolog. Pupillenabschluss. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 566. — Deutsche med. Wochenschr. XXV. 29.

Hammerschlag, Victor, Ueber d. Reflexbewegung d. Musculus tensor tympani u. ihre centralen Bahnen. [Sitz.-Ber. d. kais. Akad. d. Wiss., math.-naturw. Klasse CVIII. 3; Jan.] Wien. In Comm. b. Gerold's Sohn. Gr. 8. 29 S. mit 1 Tafel.

Hammerschlag, Victor, Erwiderung auf d. „Bemerkungen u. s. w.“ d. Herrn Prof. *Ostmann* [zur Physiologie d. Tensor tympani]. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 2. p. 89.

Hansemann, D., Bericht über d. Gehirn von *Hermann von Helmholtz*. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 371.

Hardy, W. W., On the structure of cell protoplasm. Journ. of Anat. XXIV. 2. p. 158.

Hasse, C., Die Lernsammlungen d. Breslauer Anatomie. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 195.

Hawkins, Ambler, G. A., A case of unequal growth of fingers. Lancet May 27. p. 1430.

Héger, Paul, Les fonctions de l'écorce grise. Belg. méd. VI. 19. p. 586.

Heiberg, Poul, Kan den eksponentielle Fejllovs Kriterium anvendes ved Bestemmelsen af de röde Blodlegemers Gennemonitsdiameter? Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 29.

Heidenhain, M., *Schleiden, Schwann* u. d. Gewebelehre. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. 2. 3. p. 16. 17. 33.

Heidenhain, Martin, Ueber die Struktur der Darmepithelzellen. Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 184. — Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 3. 4. p. 43. 49.

Hellwig, Ludwig, Ueber d. Natur d. Erinnerungsbildes. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 1 u. 2. p. 45.

Hermann, L., Zur Theorie d. Erregungsleitung u. d. elektr. Erregung. Arch. f. Physiol. LXXV. 11 u. 12. p. 574.

Herxheimer, Karl, Ueber d. Struktur d. Protoplasmas d. menschl. Epidermiszelle. Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 289.

Heubner, O., Weitere Bemerkungen zum Säuglingsstoffwechsel auf Grund von Experimentaluntersuchungen. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 78.

Hildebrand, Hermann, Experiment. Studien über Hautsensibilität. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 28.

Hill, Leonard, and H. E. Ridewood, On the permeability of animal membranes to gases in solution. Journ. of Anat. XXIV. 2. p. XIII.

Hirsch, Hugo, Ueber Veränderungen von Puls u. Athmung b. einigen psych. Zuständen. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 17.

Hoche, A., Der gegenwärtige Stand d. Neuronenlehre. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 25. 26. 27.

Hochstetter, F., Ueber partielle u. totale Scheidewandbildung zwischen Pleurahöhle u. Peritonäalhöhle b. einigen Sauriern. Morphol. Jahrb. XXVII. 2. p. 263.

Hoffmann, C. K., Bijdrage tot de kennis der ontwikkelingsgeschiedenis van den sympathicus. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 322.

Hoffmann, C. K., Beiträge zur Entwicklungsgeschichte d. Selachii. Morphol. Jahrb. XXVII. 3. p. 325.

Holl, M., Ueber d. Insel d. Carnivorengehirns. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 217.

Holowinski, Anton von, Mikrophon. Untersuchung d. Puls- u. Herzwellen. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 3 u. 4. p. 199.

Hoorweg, J. L., Ueber d. galvan. Reiz. Ztschr. f. Elektrother. u. ärztl. Elektrotechn. I. 2. p. 59.

Hoppe, Fötale eitr. Entzündung als Urs. d. congenitalen Mikrophthalmus u. Anophthalmus. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 201.

Huchard, H., Note sur la différence des tracés obtenus par les sphygmographes de *Dudgeon* et de *Marey*. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 24. p. 640. Juin 13.

Hugot, Malformation congénitale de l'intestin grêle. Lyon méd. XCI. p. 163. Juin.

Hugounenq, La composition minérale de l'enfant nouveau-né et la loi de *Bunge*. Lyon méd. XCI. p. 187. Juin.

Jaesche, O., Zum Binocularsehen. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 188.

Jaquet, Maurice, a) Faune de la Roumanie. — b) Ligne latérale supplémentaire chez un acipenser ruthenus. Arch. des Sc. méd. IV. 1 et 2. p. 14. 49. Janv.—Mars.

Ibáñez, Gabriel, Die Nomenclatur d. Hirnwindungen. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Ebering. 8. 35 S. 70 Pf.

Imbert, Léon, La mort du taureau. Notes anatomiques. Gaz. des Hôp. 80.

Jolles, Adolf, Ueber d. Bestimmung d. Ferrometerzahl im Gesammtblut u. im Serum. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 26.

Ischreyt, G., Anatom. u. physikal. Untersuchungen d. Rindersklera. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 384.

Israel, O., Bemerkungen zu der Arbeit von *O. Schmauch* „über endoglobuläre Körperchen in d. Erythrocyten d. Katze". Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 603.

Ito, H., Ueber d. Ort d. Wärmebildung nach Gehirnstich. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 1. p. 63.

Jürgensen, Chr., Zur Frage von d. Einflusse verschiedener Nahrung auf die Salzsäuresekretion des menschl. Magens. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 301.

Juvara, E., Contribution à l'étude des gaînes fibreuses et synoviales des tendons des péroniers latéraux. Arch. des Sc. méd. IV. 1 et 2. p. 1. Janv.—Mars.

Kaiser, Karl, Ueber d. Elasticität d. thätigen Muskels. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 1. p. 1.

Kalischer, S., Ueber Mikrogyrie u. Mikrophthalmie. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 9.

Kam, A. C., Eenige opmerkingen over techniek. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 462.

Keller, Arthur, Einfl. d. Kohlehydrate auf d. Stoffwechsel d. Säuglinge. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 20.

Koeninck, A., Versuche u. Beobachtungen an Fledermäusen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 389.

Koeppe, Hans, Die Volumenänderungen rother Blutscheiben in Salzlösungen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 504.

Knoepfelmacher, Wilhelm, Ueber Caseinverdauung. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 177.

Koller, Arnold, Ein Fall von Situs viscerum inversus totalis u. seine Deutung. Inaug.-Diss. (Basel). Berlin. Georg Reimer. 8. 36 S.

Kolster, Rud., Studier öfver protoplasmastrukturer i spinalganglieceller. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 4. s. 552.

Kopsch, Fr., Mittheilungen über das Ganglion opticum d. Cephalopoden. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 3 u. 4. p. 33.

Koren, Aug., Krydsvis asymmetri af yderlemmerne hos mennesket. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 5. S. 614.

Korff, K. von, Zur Histogenese d. Spermien von Helix pomatia. Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 3. p. 291.

Kóssa, Julius von, Beitrag zur Wirkung der Zuckerarten. Arch. f. Physiol. LXXV. 6 u. 7. p. 310.

Kreis, O., Die Entwicklung u. Rückbildung d. Corpus luteum spurium b. Menschen. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 411.

Kresteff, St., Contribution à l'étude de la sécrétion du suc pylorique. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 7. p. 468. Juillet.

Krückmann, E., Physiologisches über d. Pigmentzellen d. Retina. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 1.

Ksunine, P., Sur la terminaison des nerfs dans les poils du tact. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 5. p. 514.

Kübel, F., Ueber d. Einwirkung verschied. chem. Stoffe auf d. Thätigkeit d. Mundspeichels. Arch. f. Physiol. LXXVI. 5 u. 6. p. 276.

Külz, Ludwig, Untersuchungen über d. postfötale Wachsthum d. Niere. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 579.

Kupffer, C. von, Ueber d. sogen. Sternzellen d. Säugethierleber. Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 254.

Kure, Shuzo, Ueber d. Minimalgrenze d. faradocutanen Sensibilität b. d. Japanern. Ztschr. f. Elektrother. I. 3. p. 103.

Kure, Shuzo, Die normale u. patholog. Struktur d. Zellen an d. cerebralen Wurzel d. N. trigeminus, d. Kreuzungsfrage d. letztern u. d. motor. Trigeminuswurzel. Jahrbb. f. Psych. XVIII. 1 u. 2. p. 158.

Kuttner, A., u. J. Katzenstein, Experiment. Beiträge zur Physiologie d. Kehlkopfs. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 274.

Kuznitzky, Plattenmodell d. Urethralschleimhaut eines 6. Mon. alten männl. Foetus. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 366.

Langley, J. N., Connexions of the ganglion of the trunk of the vagus. Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. XXXII.

Langley, J. N., and H. K. Anderson, Modification of *Marchi's* method of staining degenerated fibres. Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. XXXI.

Levinsohn, Georg, Zur Frage d. ständigen freien Communikation zwischen vorderer u. hinterer Augen-

kammer. Nebst Notiz von *C. Hamburger*. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 226. 227. Juni.

Levy, Alfred G., A case of arrested development of the 3th. and 4th. ribs. Brit. med. Journ. May 13.

Lewandowsky, M., Der Contraktionsverlauf eines glatten Muskels vom Warmblüter b. Reizung seines Nerven. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 352.

Lewy, Benno, Ueber d. Adhäsion d. Blutes an d. Wand d. Blutgefässe. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 89.

Loewy, A., u. Paul Friedr. Richter, Sexualfunktion u. Stoffwechsel. Ein experiment. Beitrag zur Frage d. Organotherapie. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 174.

Long, Edouard, Les voies centrales de la sensibilité générale (étude anatomo-clinique). Paris. G. Steinheil. 8. 280 pp.

Loos, Rudolf, Ein abnormer Verlauf d. Canalis mandibularis. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 163.

Loukianow, S. M., De l'influence du jeûne absolu sur les dimensions des noyaux de l'épithélium rénal chez la souris blanche. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersburg VII. 1 et 2. p. 168.

Lubosch, W., Ein Musc. coraco-antibrachialis b. Menschen. Beitrag zur Morphologie d. M. biceps brachii. Morphol. Jahrb. XXVII. 2. p. 309.

Lucas-Championnière, Présentation d'un géant dont les phénomènes de grandissement tardif se caractérisent comme ceux du grandissement des jeunes sujets; développement d'un génu valgum. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 19. p. 481. Mai 9.

Lundborg, H., Studien über d. Betheiligung d. Ektoderms an d. Bildung d. Mesenchyms bei niederen Vertebraten. Morphol. Jahrb. XXVII. 2. p. 242.

Lutz, Adolf, Beiträge zur Kenntniss d. Drüsen d. dritten Augenlides. Ztschr. f. Thiermed. III. 3. p. 181.

Luxenburg, Joseph, Ueber morpholog. Veränderungen d. Vorderhornzellen d. Rückenmarks während d. Thätigkeit. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 14.

Mac Donald, Arthur, Recent instruments of precision for the muscular and tactile sensations. Univers. med. Mag. XI. 9. p. 526. June.

Mac Donald, J. S., Electromotive changes in peripheral end of cut vagus nerve contrasted with blood-pressure curves. Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. XXVI.

Mc Farlane, W. A., Arrest of development; spina bifida and cleft palate. Med. News LXXV. 4. p. 108. July.

Mc Intosh, J. W., Probable persistence of thyroglossal duct. Brit. med. Journ. May 6. p. 1088.

Magnus, V., Nervecellens finere struktur. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 6. Forh. S. 60.

Marcacci, A., Les effets de la force centrifuge sur les fonctions animales. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 143.

Marcinowski, Selbstbeobachtungen in d. Hypnose. Ztschr. f. Hypnot. IX. 1. 3. p. 5. 117.

Marina, Alessandro, Das Neuron d. Ganglion ciliare u. d. Centra d. Pupillenbewegungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 356.

Matura, Eugen, Ein Fall von vollkommenem Defekt d. M. pectoralis major u. minor, nebst Bemerkungen über d. respirator. Thätigkeit d. Intercostalmuskeln. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. IV. B. p. 282.

Mellus, E. Lindon, Motor paths in the brain and cord of the monkey. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 4. p. 197. April.

Menke, Walther, Ein Fall von Verdoppelung d. Zeigefinger. Zugleich ein Beleg f. d. Werth d. Röntgenstrahlen zur Beurtheilung angeb. Anomalien. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 245.

Mering, J. von, Prüfung d. resorptiven Thätigkeit d. Magens. Klin. Jahrb. VII. 3. p. 341.

Meves, Friedrich, Ueber Struktur u. Histogenese d. Samenfäden d. Meerschweinchens. Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 3. p. 329.

Meyer, Semi, Ueber centrale Neuritenendigungen. Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 3. p. 296.

Michaelis, Leonor, Eine Universalfärbemethode f. Blutpräparate. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Milian, G., La tension artérielle. Presse méd. VII. 33.

Milian, G., La mobilité défensive de l'épiploon. Gaz. des Hôp. 74.

Missbildungen u. Bildungsanomalien s. II. *Barbarin, Carrel, Civatte, Cobb, Delanglade, Dötsch, Drago, Ernst, Eröss, Garnier, Gérard, Hoppe, Hugot, Kalischer, Koller, Koren, Lucas, Mc Farlane, Matura, Menke, Morestin, Ness, Schultze, Sitzinsky, Stouffs, Strauss, Templeton, Wallenstein, Wuth.* III. *Joachimsthal, Reichel.* IV. 8. *Warda.* V. 2. a. *Shepherd;* 2. c. *Cobb, Delanglade;* 2. d. *Floderus, Foges, Mikulicz, Nové, Rochet, Waitz;* 2. e. *Heusner, Neuber, Schanz.* VI. *Delpiano.* VII. *Landau.* X. *Van Duyse, Westhoff.*

Möller, William, Anatomiska bidrag till frågan om sekretionen och resorptionen i tarmslemhinnan. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 4. s. 460.

Morestin, H., Comment un doigt dont les tendons fléchisseurs sont interrompus peut exécuter des mouvements de flexion. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 350. Avril.

Morestin, H., Côtes surnumeraires cervicales et lombaires. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 401. Avril.

Morison, Alexander, The innervation of intracranial blood-vessels. Lancet July 1. p. 52.

Morrey, Chas. B., Die Präcision d. Blickbewegung u. d. Lokalisation an d. Netzhautperipherie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 4 u. 5. p. 317.

Most, Ueber d. Lymphgefässe u. Lymphdrüsen d. Hodens. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 113.

Moynihan, B. G. A., A contribution to the anatomy of the peritoneum. Lancet May 26. p. 1391.

Müller, Friedrich, Ueber d. Ausscheidung d. Methylenblaus durch d. Nieren. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 130.

Munk, Immanuel, u. Max Lewandowsky, Ueber d. Schicksale d. Eiweissstoffe nach Einführung in d. Blutbahn. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 73.

Nauwerck, C., Sektionstechnik. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. IV u. 244 S. mit 62 Abbild. 4 Mk. 50 Pf.

Negro, C., e V. Oliva, Per una incompleta citazione bibliografica: a proposito della coesistenza dei centri sensitivi e motori nella zona rolandica corticale. Gazz. degli Osped. XX. 52.

Ness, R. Barclay, Case of congenital malformation of the heart. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 358. 377. May.

Neugebauer, Franz, Eine Bemerkung zu d. Aufsatze d. Herrn *Opitz* „über automat. Herzthätigkeit menschl. Föten“ in Nr. 1 dieses Bl. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 17.

Neumann, Rudolf, Ueber Stoffwechselversuche mit neueren Eiweisspräparaten, insbes. mit Tropon. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. p. 3.

New, J. S., a) Apparatus to show polar stimulation of muscle. — b) Apparatus to show longitudinal movements of the intestine. Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. XXV. XXVI.

Nikolaides, R., Ueber d. Fettgehalt d. Drüsen im Hungerzustande u. über seine Bedeutung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 518.

Noll, A., Ueber d. quantitativen Beziehungen d. Protagons zum Nervenmark. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 370.

Okamura, T., Zur Lehre von d. Wachsthums-

richtung d. Haare in d. ersten Anlage. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 11. p. 541.

Opitz, E., Ueber automat. Herzthätigkeit menschl. Föten. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 27.

Opitz, Vergleich der Placentarbildung der Meerschweinchen, Kaninchen u. Katze mit derjenigen beim Menschen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 1. p. 120. 153.

Orschansky, J., Die Thatsachen u. d. Gesetze d. Vererbung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 214.

Ostmann, Zur Funktion d. Musc. stapedius beim Hören. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 546.

Paladino, G., Sur la structure des villosités du chorion humain au début du développement et sur leurs premiers rapports avec la muqueuse utérine. Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 196.

Pappenheim, A., Bemerkungen zu d. Artikel von *A. Maximow:* „Ueber d. Struktur u. Entkernung d. rothen Blutkörperchen". Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 3 u. 4. p. 214.

Parhon, C., et C. Popesco, Sur l'origine réelle du nerf sciatique. Roumanie méd. VII. 2. p. 80. Mars—Avril.

Paton, Stewart, Some of the objections to the neuron theory. New York med. Record LV. 18. p. 629. May.

Pembrey, M. S., and A. G. Pitts, The relation between the internal temperature and the respiratory movements of hibernating animals. Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. 305.

Penzoldt, F., u. H. Birgelen, Ueber d. Einfluss d. Körperbewegung auf d. Temperatur Gesunder u. Kranker. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17.

Petit, Louis C., Refraction versus stains in microscopy. New York med. Record LV. 16. p. 581. April.

Pfeiffer, Richard, Ueber neuere hämatologische Forschungen. I. Zur Morphologie d. Erythrocyten u. ihrer prakt. Bedeutung. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 9. 10. p. 313. 322.

Pflüger, E., Kann b. vollkommener Entziehung d. Nahrung d. Glykogengehalt im Thierkörper zunehmen. Arch. f. Physiol. LXXVI. 1. p. 1.

Phear, Arthur G., Note on the counting of the white blood corpuscles. Lancet May 20. p. 1361.

Piltz, J., Mittheilungen über Vorstellungsreflexe d. Pupillen. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 11.

Pineles, F., Zur Lehre von den Funktionen des Kleinhirns. Jahrbb. f. Psych. XVIII. 1 u. 2. p. 182.

Posner u. P. Asch, Ueber d. Einfl. d. Rückenmarksdurchschneidung auf d. Niere. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 199.

Prentice, Chalmers, Evolution of the lines of sight. Lancet June 17.

Ranke, H. von, Die Ossifikation d. Hand unter Röntgenbeleuchtung. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 138.

Rawitz, Bernhard, Das Gehörorgan d. japan. Tanzmäuse. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 236.

Reich, Milz u. Hämatolyse. Fortschr. d. Med. XVII. 14. p. 361.

Riva, A., Sulla capacita' emoglobinica dei globuli rossi. Clin. med. ital. XXXVIII. 5. p. 283. Maggio.

Róth, Wilhelm, Ueber d. Permeabilität d. Capillarwand u. deren Bedeutung f. d. Austausch zwischen Blut u. Gewebsflüssigkeit. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 413.

Rüdinger, N., Cursus d. topograph. Anatomie. 4. Aufl. Bearb. von *Wilhelm Höfer.* München. J. F. Lehmann. 8. XII u. 221 S. mit 82 Abbild. 9 Mk.

Russell, J. S. Risien, Lecture on the cerebellum. Dubl. Journ. CVIII. p. 27. July.

Saalfeld, Ueber d. Tyson'schen Drüsen. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 527.

Schäfer, E. A., Some results of partial transverse section of the spinal cord. Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. XXII.

Schäfer, E. A., On the destination of the descending antero-lateral tract in the spinal cord. Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. XXXII.

Schenck, F., Physiolog. Charakteristik d. Zelle. Würzburg. A. Stuber's Verl. (C. Kabitzsch). Gr. 8. VIII u. 123 S. 3 Mk.

Schenck, Fr., Apparat zur Registrirung d. Muskelarbeit. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. z. Würzb. 3. p. 37.

Schlesinger, Hermann, Beitrag zur Physiologie d. Trigeminus u. d. Sensibilität d. Mundschleimhaut. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 9.

Schüle, Studien über d. Funktionen d. menschl. Mundspeichels. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 2. p. 165.

Schultz, N., Beiträge zur Kenntniss d. Stoffwechsels b. unzureichender Ernährung. Arch. f. Physiol. LXXVI. 7 u. 8. p. 379.

Schultze, Oskar, Zur Frage von d. Entwicklung d. Doppelbildungen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 10.

Semon, R., Bemerkungen über d. Mammaorgane d. Monotremen. Morphol. Jahrb. XXVII. 3. p. 497.

Sitzinsky, A. A., Janiceps symmetros. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 1. p. 35.

Smidt, H., Zur Theorie d. *Golgi*-Methode. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 14.

Smith, Fred. J.; C. Mansell Moullin, and Arthur Keith, A contribution to the anatomy of the peritonaeum. Lancet May 13.

Solger, B., *Mauthner*'sche Fasern b. Chimaera. Morphol. Jahrb. XXVII. 2. p. 322.

Spangaro, Saverio, Quale influenza esercita sulla coagulazione il contatto del sangue coi tessuti. Rif. med. XV. 94. 95.

Spina, A., Experim. Untersuchungen über d. Bildung d. Liquor cerebrospinalis. Arch. f. Physiol. LXXVI. 2—4. p. 204.

Spina, A., Ueber eine Methode, an gehirn- u. rückenmarklosen Säugethieren zu experimentiren. Arch. f. Physiol. LXXVI. 2—4. p. 219.

Starling, E. H., The glomerular functions of the kidney. Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. 317.

Stefani, A., Il vago protegge il cuore. Gazz. degli Osped. XX. 85.

Sternberg, W., Geschmack u. Chemismus. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 367. — Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 6. p. 386.

Stewart, G. N., The behaviour of the haemoglobin and electrolysis of the coloured corpuscles when blood is laked. Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. 211.

Storch, Carl, Das Celluloid u. seine Anwendung zur Injektion von Blutgefässen. Ztschr. f. Thiermed. III. 3. p. 173.

Stouffs, Léon, Monstre humain unitaire autosite du genre phocomèle. Presse méd. belge LI. 25.

Stratz, C. H., Die Schönheit d. weibl. Körpers. 3. Aufl. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. XII u. 236 S. mit 96 Abbild. im Text u. 4 Taf. in Heliograv.

Strauss, Arthur, Ueber einen Fall von 3facher Harnblase. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 28. p. 778.

Stumpf, C., Ueber d. Begriff d. Gemüthsbewegung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 1 u. 2. p. 47.

Templeton, George, A case of axillary mamma. Brit. med. Journ. May 6. p. 1089.

Tereg, J., Ueber d. Abhängigkeit d. elektr. Leitungswiderstandes d. Bestandtheile d. Thierkörpers von d. Temperatur. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 288.

Terrier, F., Mode d'insertion des fibres zonulaires sur le cristallin; rapport de ces fibres entre elles. Bull. et Soc. anat. 6. S. I. p. 284. Mars.

Thomson, H. Campbell, A contribution to the localisation of muscles in the spinal cord. Brain XXII. 1. p. 136.

Tortora, Carlo Infante, Sulle cellule glandolari dello stomaco. Rif. med. XV. 98. 99.

Treves, Z., Observations sur le mécanisme de la respiration. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 130.

Türk, Siegmund, Untersuchungen über d. Entstehung d. physiol. Netzhautvenenpulses. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 568.

Turban, K., Die Blutkörperchenzählung im Hochgebirge u. d. *Meissen*'sche Schlitzkammer. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24.

Turner, John, Notes on the chromophilic material in the motor cells of brain and cord, normal (animal) and pathological (human) and on the reaction (acid or alkaline) of the cortex and cerebro-spinal fluid. Brain XXII. 1. p. 100.

Turner, William Aldren, and William Hunter, On a form of nerve termination in the central nervous system, demonstrated by methylene blue. Brain XXII. 1. p. 123.

Vernon, H. M., Heat rigor in cold-blooded animals. Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. 239.

Vintschgau, M. von, Die Folgen einer linearen Längsquetschung des Froschherzens. Arch. f. Physiol. LXXVI. 2—4. p. 59.

Vogel, G., Ueber d. Durchgängigkeit d. unversehrten Haut d. Warmblüters. Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 566.

Wallenstein, Felix, Ein Fall von angeb. totalen Defekt d. beiden obern Extremitäten (Abrachius) u. partiellem Defekt d. untern Extremitäten (Phokomelie nach *Virchow*). Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 18.

Walsem, G. C. van, Over een cerebrale normaaliconographie. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 468.

Walsem, G. C. van, Ueber d. Gewicht d. schwersten bis jetzt beschriebenen Gehirns. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 13.

Walter, A. A., Excitabilité sécrétoire de la muqueuse du tube digestif. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 1 et 2. p. 1.

Weill, L., Beitrag zur Entwickelungsmechanik d. Geschlechts. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 5. p. 629.

Weiss, Otto, Neue Untersuchungen über d. Erregbarkeit eines Nerven an verschied. Stellen seines Verlaufes. Arch. f. Physiol. LXXV. 6 u. 7. p. 265.

Werigo, B., Ueber d. Reizung d. Nerven mit dreiarmigen Elektroden. Arch. f. Physiol. LXXVI. 9 u. 10. p. 517.

Wiener, Fritz, Ueber Veränderungen d. Schilddrüse nach Anlegung einer Gallenblasenfistel. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 6.

Wright, Hamilton, A contribution to the study of the posterior columns of the spinal cord. Brit. med. Journ. July 15.

Wuth, Ernst August, Ueber angeb. Mangel, sowie Herkunft u. Zweck d. Kniescheibe. Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 900.

Zappert, J., Ueber Wurzel- u. Zellenveränderungen im Centralnervensystem d. Kindes. Jahrbb. f. Psych. XVIII. 1 u. 2. p. 59.

Zehender, W. v., Die Form d. Himmelsgewölbes u. d. Grössererscheinen d. Gestirne am Horizont. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 4 u. 5. p. 353.

Zenmek, G., Ueber d. chem. Reizung nervenhaltiger u. nervenloser (curarisirter) Skeletmuskeln. Arch. f. Physiol. LXXVI. 1. p. 21.

Zimmermann, Gustav, Zur Physiologie d. Gehörorgans. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19. 22.

Zindler, Konrad, Ueber räuml. Abbildungen d. Continuums d. Farbenempfindungen u. seine mathemat. Behandlung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 4 u. 5. p. 226.

Zocchi, Augusto, Globuli rossi nucleati nel sangue splenico. Gazz. degli Osped. XX. 67.

Zoth, Oscar, Ueber d. Formen d. Pedalarbeit b. Radfahren. Arch. f. Physiol. LXXVI. 7 u. 8. p. 319.

Zuckerkandl u. Erben, Ueber die Seitenbewegungen d. Auges. Wien. klin. Wchnschr. XII. 23.

Zuntz, N., 2 Apparate zur Dosirung menschlicher Arbeit (Bremsergometer). Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 372.

S. a. I. *Physiolog. Physik u. Chemie.* III. Abbott. IV. 4. Ciauri, Ferranini, Kirchner; 5. De Filippi, Most; 8. Bradbury, Bruce, Cassirer, Chipault, Krauss, Personali. V. 2. c. Schlatter; 2. d. Zondek; 2. e. Sudeck. VI. Falk. VIII. Bendix. IX. Goodall. X. Hering. XI. Okada, Rischawy, Wex. XIII. 2. *Physiolog. Wirkung der Arzneimittel.* XIV. 1. Jacoangeli, Latkowski, 2. Dolega, Edgecombe, Fleuroff, Komiyama, Lapinsky, Spitta, Strasser, Winternitz; 3. Hoorweg; 4. Jaquet. XV. Jacoangeli. XX. Fuchs, Fukala, Möbius.

III. Allgemeine Pathologie.

(Experimentelle Pathologie. Patholog. Anatomie. Bakteriologie.)

Abbott, A. C., The bile in its relation to infection and intoxication. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. II. 7. p. 153. May.

Addinsell, Augustus, Microscopical slides from a case of intermenstrual pain (Mittelschmerz). Obstetr. Soc. Transact. XLI. 1. p. 3.

Amat, Ch., Insectes et maladies. Bull. de Thér. CXXXVII. 16. p. 624. April 30.

Atkinson, F. P., *Cheyne-Stokes*' respiration. Brit. med. Journ. May 13. p. 1152.

Auché et Chambrelent, De la transmission à travers le placenta du bacille de la tuberculose. Arch. de Méd. expérim. XI. 4. p. 521. Juillet.

Bail, Oskar, Untersuchungen über d. Beeinflussung d. Serumalexine durch Bakterien. Arch. f. Hyg. XXXV. 3 u. 4. p. 284.

Bandler, Victor, Zur Histologie des Naevus sebaceus. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 1. p. 95.

Barbacci, O., Summar. Bericht über d. wichtigsten italien. Arbeiten im Gebiete d. allgem. Pathologie u. patholog. Anatomie, erschienen im J. 1898. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 13 u. 14.

Basch, K., u. F. Weleminsky, Ueber d. Ausscheidung von Mikroorganismen durch d. thätige Milchdrüse. Arch. f. Hyg. XXXV. 3 u. 4. p. 205.

Bastianelli, G., A. Bignami et B. Grassi, Cultivation des formes en croissant malariques de l'homme chez l'anopheles claviger Fabr. (anopheles maculipennis). Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 255. — Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 571.

Batzaroff, La pneumonie pesteuse expérimentale. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 5. p. 385. Mai.

Bauer, Eduard, Ueber d. Wirkung d. sogen. Fixationsabscesse. Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 529.

Beck, Josef, Ein Endotheliom d. Humerus. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 547.

Beco, Lucien, Recherches sur la flore bactérienne du poumon de l'homme et des animaux. Arch. de Méd. expérim. XI. 3. p. 317. Mai.

Behring, E., Ueber d. specif. giftigen Eigenschaften d. Tuberkulinsäure. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 25.

Behring, E., Ueber Tetanusgiftmodifikationen. Fortschr. d. Med. XVII. 21. p. 501.

Behring, E., Ueber d. quantitativen Bindungsverhältnisse zwischen Tetanusgift u. Tetanusantitoxin im lebenden Meerschweinkörper. Fortschr. d. Med. XVII. 22. p. 521.

Beiträge zur patholog. Anatomie u. zur allgem. Pathologie, red. von *E. Ziegler*. XXV. 3. Jena. Gustav

Fischer. Gr. 8. IV S. u. S. 447—596 mit 4 Taf. u. 3 Figg. im Text. — XXVI. 1. Das. Gr. 8. 172 S. mit 8 Tafeln.

Belkowsky, J. M., Experimentelles zur Pathologie d. Rückenmarks. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 1 u. 2. p. 91.

Benecke, R., Ueber freies Wachsthum metastat. Geschwulstelemente in serösen Höhlen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 237.

Benjamin, H., Pathologie animale. Arch. gén. N. S. II. 1. p. 116.

Berndt, Fritz, Experiment. Untersuchungen über Blasenruptur. Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 815.

Bezançon, F., et V. Griffon, Ulcérations gastriques au cours de la septicémie pneumococcique chez le cobaye. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 409. Mai.

Bezançon, Fernand, et Marcel Labbé, Réaction des ganglions lymphatiques au voisinage des cancers. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 352. Avril.

Bier, August, Versuche über Cocainisirung d. Rückenmarks. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 361.

Bignami, A., u. G. Bastianelli, Ueber d. Bau d. Halbmondformen u. d. Geisselkörperchen. Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 595.

Binaghi, Roberto, Ueber die Wirkungen von Fremdkörpern auf d. thier. Organismus. Virchow's Arch. CLVI. 2. p. 245.

Birch-Hirschfeld, A., Beitrag zur Kenntniss degenerativer Processe in Hornhautnarben. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 328.

Birch-Hirschfeld, Arthur, u. Siegfried Garten, Ueber d. Verhalten implantirter embryonaler Zellen im erwachsenen Thierkörper. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 1. p. 131.

Blanc, H., et Emile Weil, Note anatomo-pathologique sur 2 cas de tumeurs diverticulaires. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 439. Mai.

Bohland, K., Ueber d. chemotakt. Wirkung d. Toxine d. Bact. typhi u. d. Bact. coli commune auf d. Leukocyten. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 17.

Boland, G. W., Ueber Pyocyanin, d. blauen Farbstoff d. Bacillus pyocyaneus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 25.

Bollinger, O., Bericht über d. Leichenöffnungen im pathol. Institut [städt. allgem. Krankenh. rechts d. Isar] d. J. 1896. Ann. d. Krankenh. zu München p. 213.

Bonhoeffer, Karl, Patholog.-anatom. Untersuchungen an Alkoholdeliranten. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 5. p. 379.

Bonjean, Ed., Le bacille pyocyanique dans les eaux d'alimentation. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 1. p. 28. Juillet.

Bordet, J., Agglutination et dissolution des globules rouges. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 4. p. 273. Avril.

Bosc, E. J., A propos de l'origine parasitaire du cancer. Presse méd. VII. 39.

Bosc, F. J., Le cancer (épithéliome, carcinome, sarcome) maladie infectieuse à sporozoaires, formes microbiennes et cycliques. Paris 1898. G. Carré et C. Naud. 8. 265 pp. avec 11 pl. et 44 figg. dans le texte.

Boyce, Rubert W., and Charles A. Hill, A classification of the micro-organisms found in water. Journ. of Pathol. and Bacteriol. XIV. 5. p. 32.

Branca, A., Recherches sur la cicatrisation épithéliale (épithéliums pavimenteux strabifiés). Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 3. p. 257. Mai—Juin.

Braun, Wilhelm, Histolog. Untersuchungen über d. Anheilung *Krause*'scher Hautlappen. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 340.

Bristow, A. T., On the use of antistreptococcic serum in infections by streptococcus. Med. News LXXIV. 18. p. 545. May.

Brodmann, Korbinian, Ein Beitrag zur Kenntniss d. chron. Ependymsklerose. Inaug.-Diss. Leipzig. Metzger u. Wittig. 8. 60 S.

Bruns, Hayo, Zur Morphologie d. Aktinomyces. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 1.

Bruschettini, A., Contributo allo studio della febbre gialla sperimentale. Gazz. degli Osped. XX. 64.

Buchholz, Ein Beitrag zur patholog. Anatomie d. Myelitis. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 5. p. 340.

Büttner, F., Untersuchungen über d. Verhalten d. Peritonäalepithelien b. Entzündung. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 453.

Caiger, F. Foord, The diagnosis of certain notifiable diseases. Lancet June 17.

Cameron, Charles, The soil as a nursery of pathogenic organisms. Brit. med. Journ. June 3. p. 1376.

Capobianco, Francesco, e Luigi Mazziotti, Su gli effetti della paratiroidectomia. Ricerche microscop. e sperim. Napoli. Detken e Rocholl. 4. 51 pp.

Carrière, Etude expérimentale sur le sort des toxines et des antitoxines introduites dans le tube digestif des animaux. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 5. p. 435. Mai.

Carrière, G., et J. Vanverts, Etudes sur les lésions produites par la ligature des vaisseaux de la rate. Arch. de Méd. expérim. XI. 4. p. 498. Juillet.

Centanni, Eugenio, Alcuni più recenti studi sull'immunità (*Ehrlich, Emmerich*). Rif. med. XV. 109. 110. 111.

Chevalier, Sur un champignon parasite dans les affections cancéreux. Gaz. des Hôp. 60.

Chiari, H., Ueber d. anatomischen Befund einer 20 Tage alten, inter partum entstandenen, in Heilung begriffenen completen Uterusruptur. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 21.

Chittenden, R. H., Some facts and theories relating to auto-intoxication. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. II. 8. p. 169. June.

Clarkson, George A., Malignant pigmented tumours. Lancet May 20. p. 1392.

Cobbett, L., A preliminary note on the occasional toxic action of horse serum on the guinea-pig. Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. XXIX.

Cohn, Paul, Weitere Studien über Aetzschorfe. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 19.

Coles, Alfred C., A modification of *Neisser's* diagnostic stain for the diphtheria bacillus. Brit. med. Journ. May 20.

Collins, Joseph, and Joseph Fraenkel, Reflections on the nosology of the so-called functional diseases. New York med. Record LV. 24. p. 858. June.

Colombini, P., Bakteriolog. u. histolog. Untersuchungen über d. Bartholinitis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 2. p. 229.

Conradi, Heinrich, Zur Frage d. Toxinbildung b. d. Milzbrandbakterien. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 287.

Cornil, A. V., et P. Carnot, Régénération cicatricielle des cavités muqueuses et de leur revêtement épithélial. Arch. de Méd. expérim. XI. 3. p. 413. Mai.

Czaplewski, Ueber d. Erreger d. Keuchhustens. Mit Erwiderung von *Wilhelm Buttermilch*. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 27.

Czyhlarz, Ernst v., Zur Lehre von d. Bedeutung d. Hyperthermirung f. d. thier. Organismus. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 29.

De Fine Licht, Chr., Kliniske Undersögelser af Blodets Bakterieindhold. Nord. med. ark. N. F. X. 3. Nr. 17.

De Haan, J., Bacteriolog. laboratoria en instituten in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 110.

Dembinski, La phagocytose chez le pigeon à l'égard du bacille tuberculeux aviaire et du bacille humain. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 5. p. 426. Mai.

De Simoni, A., Ueber d. nicht seltene Vorkommen

von *Frisch*'schen Bacillen in d. Nasenschleimhaut d. Menschen u. Thiere. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 18 u. 19.

Dionisi, A., Un parasite du globule rouge dans une espèce de chauve-souris (Miniopteris Schreibersii *Kuhl*). Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 151. — Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 531.

Dionisi, A., Les parasites endo-globulaires des chauves-souris. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 153. — Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 533.

Döderlein, Die Bakterien asept. Operationswunden. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 26.

Dopter, Sur un cas de sarcome angioplastique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 464. Mai.

Dreyer, Georges, Bakteriefarvning i Snit, behandlede efter *van Gieson's* Metode. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 21.

Dudley Davis, Louise, A bacillus resembling the diphtheria bacillus in all cultural characteristics, but not producing diphtheria toxin. Med. News LXXIV. 17. p. 520. April.

Dürck, Hermann, Bericht über d. Thätigkeit im Leichenhause d. städt. allg. Krankenh. r. Isar. Ann. d. Krankenh. zu München p. 73.

Dujarier, C., et J. Castaigne, Altérations du foie consécutives à la ligature de l'artère hépatique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 329. Avril.

Ehrlich, P., u. J. Morgenroth, Ueber Hämolysine. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 22.

Ellis, W. Gilmore, The micrococcus of beri-beri. Lancet June 17. p. 1662.

Emmerich, Rudolf, u. Oscar Löw, Bakteriolyt. Enzyme als Urs. d. erworbenen Immunität u. d. Heilung von Infektionskrankheiten durch dieselben. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 1. p. 1.

Enderlen, Zur Reimplantation d. resecirten Intermediärknorpels b. Kaninchen. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 574.

Enderlen, Histolog. Untersuchungen b. experimentell erzeugter Osteomyelitis. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 293.

Ergebnisse d. allgem. Pathologie u. patholog. Anatomie d. Menschen u. d. Thiere, herausgegeben von *O. Lubarsch* u. *R. Ostertag*. IV. Jahrg. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Gr. 8. X u. 1009 S. mit 4 Abbild. auf Tafel u. 27 Figg. im Text. 27 Mk.

Erp Taalman Kip, M. L. van, Anatomische veranderingen in het centrale zenuwstelsel ten gevolge van absolute slapeloosheid. Psychiatr. en neurol. Bladen 2. blz. 206.

Fischer, Alfons, Zur Biologie d. Bacillus faecalis alcaligenes. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20.

Fischoeder, Das Schicksal replantirter Knochenstücke vom histol. Standpunkte aus betrachtet. Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 840.

Flexner, Multiple metastases from pelvic sarcoma. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 98. May.

Foulerton, Alexander G. R., On the pathogenic action of blastomycetes. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 37.

Fraenkel, Carl, Ueber d. Vorkommen d. Meningococcus intracellularis b. eitrigen Entzündungen d. Augenbindehaut. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 221.

Frazier, Charles H., Some recent literature regarding cancer. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 5. p. 579. May.

Freudweiler, Max, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Lymphosarkoms. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 491.

Freudweiler, Max, Statist. Untersuchungen über d. Fiebererscheinungen b. Carcinom innerer Organe. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 544.

Freund, Walther, Mikroskop. Untersuchungen an peripher. Nerven b. Erkrankungen d. Säuglingsalters. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 1. p. 14.

Friedland, F., Zur patholog. Anatomie d. Skleritis. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 283.

Friedmann, Friedrich, Die Altersinvolution u. ihre Therapie. Einiges über d. Tod. Wien. med. Presse XL. 26—31.

Fuchs, Emil, Ueber eosinophile Zellen mit besond. Berücksicht. d. Sputums. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 20.

Futcher, A new method of staining malarial parasites. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 97. p. 70. April.

Gerrard, P. N., A modification of the *Aronson* and *Phillips* staining method and its application in the case of malarial blood. Lancet June 3. p. 1490.

Gheorghiewski, Du mécanisme de l'immunité vis-à-vis du bacille pyocyanique. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 4. p. 298. Avril.

Ginsberg, S., Ueber embryonale Keimverlagerung in Retina u. Centralnervensystem, ein Beitrag zur Kenntniss d. Netzhautglioms. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 92.

Glass, James H., An experiment in transplantation of the entire human ovary. Med. News LXXIV. 17. p. 523. April.

Gleason, W. Stanton, Obscure causes of diseases. New York med. Record LV. 22. p. 779. June.

Glockner, Adolf, Ueber d. Vorkommen von ein- u. mehrkernigen Riesenzellen u. Riesenzellen mit Riesenkernen in endothelialen Geschwülsten. Beitr. p. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 1. p. 73.

Grassi, B., A. Bignami et G. Bastianelli, Recherches ultérieures sur le cycle des parasites malariques humains dans le corps du zanzarone. Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 259. — Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 573.

Grassi, B., et A. Dionisi, Le cycle évolutif des hémosporidies. Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 248.

Guerrini, Guido, Dell'azione della fatica sulla struttura delle cellule nervose della corteccia. Rif. med. XV. 101.

Gwyn, N. B., A case of general infection by the diplococcus intracellularis of *Weichselbaum*. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 99. p. 112. June.

Haden, F. Seymour, The soil as a nursery of pathogenic organisms. Brit. med. Journ. June 10. p. 1440.

Haffkine, W. M., On preventive inoculation. Lancet June 24.

Hamburger, H. J., Ueber d. Einfluss von Kohlensäure, bez. von Alkali auf d. antibakterielle Vermögen von Blut u. Gewebsflüssigkeit, mit besond. Berücksicht. von venöser Stauung u. Entzündung. Virchow's Arch. CLVI. 2. p. 329.

Hamburger, H. J., Ueber d. Einfluss von venöser Stauung u. Kohlensäure auf d. Phagocytose. Virchow's Arch. CLVI. 2. p. 375.

Hartz, A., Ein cystöser Tumor an d. hinteren Bauchwand, entstanden aus Resten d. Wolff'schen Körpers. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 813.

Hashimoto, S., Ein pleomorphes Bakterium. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXI. 1. p. 85.

Hebert, P. Z., The modern doctrine of bacteriology, or the germ theory of disease. Brit. gynaecol. Journ. LVII. p. 87. May.

Heitler, M., Arrhythmie durch Reizung d. Herzens mit Crotonöl. Arch. f. Physiol. LXXV. 8—10. p. 430.

Helferich, Versuche über d. Transplantation d. Intermediärknorpels wachsender Röhrenknochen. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 564.

Henneberg, W., Leuchtbakterien als Krankheitserreger bei Schwammmücken. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 18 u. 19.

Hertel, E., Beitrag zur patholog. Anatomie der Thränensackerkrankungen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 21.

Heymans, J. F., u. J. Ronsse, Einfluss der Anämie u. d. Plethora auf d. Wirkung d. Tetanusgiftes. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 281.

Hibler, E. v., Beiträge zur Kenntniss der durch anaërobe Spaltpilze erzeugten Infektionserkrankungen d. Thiere u. d. Menschen, sowie zur Begründung einer genauen bakteriolog. u. pathol.-anat. Differentialdiagnose dieser Processe. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 17. 18 u. 19.

Hibler, E. v., Nachträgl. Bemerkung in Betreff d. von Herrn Dr. *E. Fraenkel* beschriebenen Bacillus d. Gasphlegmonen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21 u. 22.

Hoche, A., Experimentelle Beiträge zur Pathologie d. Rückenmarks. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 209.

Hunter, Walter K., The micrococcus of beriberi. Lancet June 24. p. 1743.

Jakoby, M., u. F. Schaudinn, Ueber 2 neue Infusorien im Darme d. Menschen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 14.

Jarotzky, A. J., Ueber d. Veränderungen in d. Grösse u. im Bau d. Pankreaszellen b. einigen Arten d. Inanition. Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 409.

Jeanbrau, E., De la bactériurie. Gaz. des Hôp. 71.

Jess, Der Bacillus d. Hundestaupe (Febris catarrhalis epizootica canum). Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15 u. 16.

Immunität s. III. *Centanni, Emmerich, Gheorghiewsky, Haffkine, London, Sobernheim, Tchistovitch.* IV. 2. *Bitter, Bruschettini.* XIII. 3. *Besredka.*

Joachimsthal, Ueber Zwergwuchs u. verwandte Wachsthumsstörungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17. 18.

Joannovics, Georg, Ueber d. Vorkommen, d. Bedeutung u. Herkunft d. *Unna*'schen Plasmazellen b. verschied. pathol. Processen. Ztschr. f. Heilkde. XX. 2 u. 3. p. 150.

Johnston, Breast containing new growth removed from youth 17 years old, with microscopic section. Dubl. Journ. CVIII. p. 70. July.

Jousset, P., et Lefas, Troubles fonctionnels et lésions viscérables dans l'intoxication par le sérum d'anguille. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 479. Mai.

Kabrhel, Gustav, Zur Frage d. Züchtung anaërober Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15 u. 16.

Kälble, Johannes, Untersuchungen über den Keimgehalt normaler Bronchiallymphdrüsen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19.

Kassowsky, A. D., Zur patholog. Anatomie u. Bakteriologie des Delirium acutum. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 13 u. 14.

Klein, E., Zur Kenntniss d. Schicksale pathogener Bakterien in d. beerdigten Leiche. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21 u. 22.

Klein, E., A new pathogenic microbe of sewage: bacillus pyogenes cloacinus. Brit. med. Journ. July 8.

Kleinhans, Fritz, Ueber einen Fall von Deciduoma malignum. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 17.

Klissitch, M. R., Des mucoro-mycoses. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 6. p. 622.

Koblanck, Bemerkung zum Aufsatze: Ueber verschied. Streptokokkenarten von Dr. *Menge* u. Dr. *Kroenig*. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 1. p. 64.

Kölliker, Demonstration resecirter Nerven. Münchener med. Wchnschr. XLVI. 20.

König, Fritz, Ueber multiple Angiosarkome. Ein Beitrag zur Geschwulstlehre. Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 600.

Koepke, Karl, Ueber d. Mechanismus d. Expektoration. Inaug.-Diss. Greifswald. Druck v. Julius Abel. 8. 32 S.

Korn, Otto, Zur Kenntniss d. säurefesten Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15 u. 16.

Kraïouchkine, V., Les vaccinations anti-rabiques à St. Pétersbourg. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 1 et 2. p. 187.

Kraus, Fr.; Kossler u. W. Scholz, Ueber d. Sauerstoffcapacität d. menschl. Blutes in Krankheiten. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 5 u. 6. p. 323.

Kraus, R., Ueber Fadenbildung. Ein Beitrag zur Lehre von der Agglutination. Wien. klin. Wchnschr. XII. 29.

Krebs s. III. *Bezançon, Bosc, Chevalier, Frazier, Freudweiler, Lack, Lardennois, Podack, Russell, Sternberg, Tixier, Vedeler.* IV. 3. *Fossard;* 5. *Apert, Bacaloglu, Bernard, Hampeln, Miller, Most, Rosenthal, Sacquépée, Stengel, Stoltz, Zenetz;* 9. *Carrière, Katz, Podwysotzky, Tixier;* 10. *Bacaloglu.* V. 2. a. *Carrel, Grant, Heath, Quervain;* 2. c. *Bauer, Booth, Boyd, Cheyne, Dubar, Fenwick, Göbell, Herman, Hardon, Kelly, Martin, Monks, Morton, Pers, Poulsen, Stiles, Touche, Warthin;* 2. d. *Estrabaut, Küttner, Loumeau, Mixter, Scott, Wolff, Zoege;* 2. e. *Morestin.* VI. *Chavannaz, Ehrendorfer, Friedenheim, Hughes, Landau, Madden, Mariani, Morestin, Odebrecht, Picqué, Pilliet, Schramm, Seydel, Tussenbroek.* VII. *Thorn.* XVIII. *Waldmann.*

Krehl, L., Klinik u. Experiment. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 266.

Kretz, Beiträge zur Kenntniss d. Agglutination d. Bakterien. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 303.

Krogius, Ali, og Axel Wallgren, Et Indläg i Spörgsmaalet om Bacterium coli's Antagonisme mod de övrige Urinbakterier. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 28. 29.

Krückmann, E., Die pathol. Veränderungen der retinalen Pigmentepithelzellen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 237.

Kübler u. F. Neufeld, Ueber einen Befund von Typhusbacillen in Brunnenwasser. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 1. p. 133.

Lacerda, J. B. de, et Alfonso Ramos, Le bacille ictéroïde et sa toxine. Arch. de Méd. expérim. XI. 3. p. 378. Mai.

Lack, H. Lambert, The pathology of cancer. Lancet July 15. p. 181.

Lack, H. Lambert, The etiology of cancer. Brit. med. Journ. July 15. p. 179.

Landsteiner, Karl, Zur Kenntniss der specif. auf Blutkörperchen wirkenden Sera. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15 u. 16.

Lanz, Otto, Experim. Beiträge zur Geschwulstlehre. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 20.

Lardennois et Aguinet, Pièces et préparations histologiques de cancer du gros intestin. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 376. Avril.

Lecrainche et Morel, L'inoculation intra-cérébrale du virus rabique. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 6. p. 513. Juin.

Lehmann, K. B., Notiz über d. Bacillus mycoides. Arch. f. Hyg. XXXV. 1. p. 10.

Lemière, G., La recherche de l'actinomycète dans les pus anciens. Presse méd. belge LI. 30.

Lengnick, Hans, Ueber den ätiolog. Zusammenhang zwischen Trauma u. Entwicklung von Geschwülsten. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 379.

Levin, E., Undersökningar öfver de korte difteribacillerna. Hygiea LXI. 6. Sv. läkaresällsk. förh. s. 54.

Levy, E., Ueber die Aktinomycesgruppe (Aktinomyceten) u. die ihr verwandten Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 1.

Liebman, V., e V. Cominotti, Appunti sulla necrosi adiposa addominale. Torino. Renzo Streglio. 8. 50 pp.

Lindenthal, Otto Th., Beitrag zur Aetiologie u. Histologie d. sogen. Colpohyperplasia cystica. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 375.

Lingelsheim, W. von, Aetiologie u. Therapie der Streptokokkeninfektionen. [Beitr. z. experim. Ther.

herausgeg. von *E. Behring* Heft 1.] Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 48 S.

Linser, Paul, Ueber Gewebeläsionen u. die durch sie erzeugte Prädisposition für Infektionen. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 465.

Lloyd, James Hendrie, Amyloid disease of the liver, kidneys and spleen, of probably long duration. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. II. 8. p. 191. June.

Loewenberg, Une sarcine pathogène. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 4. p. 358. Avril.

London, E. S., Effets de l'ablation des différentes parties du cerveau sur l'immunité des pigeons envers le charbon. Arch. des Sc. de St. Pétersb. VII. 1 et 2. p. 177.

Lubarsch, O., Zur Kenntniss der Strahlenpilze. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 1. p. 187.

Lusena, Gustavo, Gli effetti dell'abolizione della funzione tiroidea sul decorso della tetania paratireopriva. Rif. med. XV. 115.

Macaigne et Blanc, Note anatomo-pathologique sur les inflammations du diverticule de Meckel (diverticulite). Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 426. Mai.

Madsen, Th., Einige Bemerkungen zu d. Aufsatz von Dr. *F. E. Hellström* „zur Kenntniss der Einwirkung kleiner Glukosemengen auf die Vitalität der Bakterien“. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20.

Magnus, R., Ueber d. Entstehung der Hautödeme bei experiment. hydräm. Plethora. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 250.

Maragliano, E., Estratto acquoso dei bacilli tubercolari e suoi derivati. Gazz. degli Osped. XX. 73. — Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 18.

Marfan, A. B., et Léon Bernard, Bactériologie de l'intestin. Absence des microbes dans la muqueuse intestinale normale des animaux; caractère pathologique de leur présence. Presse méd. VII. 37.

Mari, N., et S. Stchinsnowitch, Sur la bactériologie du bacille du charbon. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 5. p. 516.

Marinesco, Sur les altérations des grandes cellules pyramidales, consécutives aux lésions de la capsule interne. Revue de Neurol. VII. 10. p. 358.

Marshall, D. G., The amoeba dysenteriae, its relation to tropical abscess of the liver. Brit. med. Journ. June 10.

Martinelli, A., Sur les altérations des cellules hépatiques dans le diabète expérimental. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 57.

Marx, Bericht über d. Thätigkeit d. Abtheilung zur Heilung u. Erforschung d. Tollwuth am Inst. f. Infektionskrankheiten zu Berlin im J. 1898. Klin. Jahrb. VII. 3. p. 331.

Marzinowsky, E. J., Ueber eine neue Methode d. Differentialfärbung d. Mikroorganismen d. menschl. u. Vögeltuberkulose, Lepra u. Smegma. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21 u. 22.

Mayer, Georg, Ueber d. Wachsthum von Mikroorganismen auf Speicheldrüsen- u. Mucin-Nährböden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21 u. 22. 23.

Menge u. Kroenig, Ueber verschied. Streptokokkenarten. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 703.

Milian, Lymphadénome et éosinophilie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 450. Mai.

Mitchell, William C., and H. C. Crouch, The influence of sunlight on tuberculous sputum. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 14.

Mönckeberg, Georg, u. Albrecht Bethe, Die Degeneration d. markhaltigen Nervenfasern d. Wirbelthiere unter hauptsächl. Berücksicht. des Verhaltens der Primitivfibrillen. Arch. f. mikroskop. Anat. LIV. 2. p. 135.

Mollard, J., et Cl. Regaud, Lésions du muscle cardiaque consécutives à la section des nerfs vagues. Lyon méd. XCI. p. 179. Juin.

Mühling, Paul, Die Uebertragung von Krankheitserregern durch Wanze u. Blutegel. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20.

Müller, Friedrich, Ueber reducirende Eigenschaften von Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 2 u. 3.

Müller, W., Ein Beitrag zur Kenntniss d. Kapselbacillen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 590.

Muscatello, G., u. D. Damascelli, Ueber den Einfluss der Nervendurchschneidung auf die Heilung von Knochenbrüchen. Experim. Untersuchungen. Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 937.

Neufeld, F., Ueber d. Züchtung d. Typhusbacillen aus Roseolaflecken, nebst Bemerkungen über d. Technik bakteriolog. Blutuntersuchungen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3. p. 498.

Neuschüler, A., Influenza della narcosi sulla tensione oculare. Suppl. al Policlin. V. 33. p. 1025.

van Niessen, Die Cultur des Syphilisbacillus. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 18.

Nocht, Zur Färbung d. Malariaparasiten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21 u. 22.

Noskowski, de Lada, Sulfhydrothérapie antimicrobienne. Progrès méd. 3. S. IX. 21.

Oettingen, Walter von, u. Carl Zumpe, Ueber den Nachweis von Tetanusbacillen in Organen von Versuchsthieren. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 478.

Overzicht van de werkzaamheden, verricht in het Laboratorium voor pathol. Anatomie en Bacteriologie te Weldevreden, gedurende het jaar 1898. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 2. blz. 190.

Pace, Domenico, Ricerche sperimentali intorno all'influenza di alcune tossine batteriche sul ricambio materiale. Rif. med. XV. 114.

Pässler, Hans, Bericht über die Verhandl. des 17. Congr. f. innere Med., Karlsbad 11.—14. April. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 10.

Peters, Hubert, Zum Kapitel: *Langhans*'sche Zellschicht. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 26.

Petrén, Karl, Mittheilung über eine besondere Veränderung der Nervenfasern des Rückenmarks, welche einer klin. Bedeutung entbehrt, nämlich d. von *Minnich* sogen. hydrop. Veränderung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 1 u. 2. p. 81.

Petry, Eugen, Ein Beitrag zur Chemie maligner Geschwülste. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 398.

Pettersson, A., Untersuchungen über säurefeste Bakterien. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 26.

Pfuhl, E., Untersuchungen über d. Entwickelungsfähigkeit d. Typhusbacillen auf gekochten Kartoffeln bei gleichzeit. Vorhandensein von Colibacillen u. Bakterien der Gartenerde. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 2 u. 3.

Pick, Ludwig, Ueber Adenomyome d. Epoophoron u. Paroophoron (mesonephrit. Adenomyome). Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 507.

Pignatti Morano, Giambattista, ed Umberto Baccarani, Ricerche sperimentali sulla tossicità della saliva mista di individui sani ed ammalati. Settimana med. LIII. 25.

Piotrowski, Joseph, u. Karl Zaleski, Zur Frage über die Eosinophilie. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 22.

Placzek, Rückenmarksveränderungen b. Hungertode d. Menschen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 101.

Plimmer, H. G., Vorläuf. Notiz über gewisse vom Krebs isolirte Organismen u. deren pathogene Wirkung in Thieren. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 23. — Vgl. Lancet April 22. p. 1120.

Podack, Max, Zur Kenntniss d. sogen. Endothelkrebses d. Pleura u. d. Mucormykosen im menschlichen Respirationsapparate. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 1.

Pollmann, L., Ein Endotheliom der Pleura u. des Peritonaeum mit eigenart. Ausbreitung in d. Blutgefässen, namentlich der Leber u. Milz. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 1. p. 37.

Pottevin, Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1898. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 6. p. 518. Juin.

Prettner, M., Experimentelle Schweineseuche. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21 u. 22.

Preysing, Hermann, Die gesunde menschliche Paukenhöhle ist keimlos. (Beitr. z. Bakteriol. d. Ohres.) Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 18 u. 19.

Pringle, J. Hogarth, Notes on the lymphatic constitution. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 351. May.

Rabé, Théorie cérébrale de la respiration de *Cheyne-Stokes*. Presse méd. VII. 38.

Rabé, Rhythme respiratoire de *Cheyne-Stokes* et phénomènes associés; aperçu du syndrome périodique. Gaz. des Hôp. 65. 68.

Ramond, F., et P. Ravaut, Action des microbes sur le développement du bacille de la tuberculose. Arch. de Méd. expérim. XI. 4. p. 494. Juillet.

Rath, D., Ueber d. Einfl. d. blutbildenden Organe auf d. Entstehung d. Agglutinine. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15 u. 16.

Rath, D., Zur Bakteriologie d. Gangrän. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20.

Raviart, G., et L. Duvivier, Sur un cas de respiration de *Cheyne-Stokes*. Echo méd. du Nord III. 25.

Reed, Walter, Bacillus icteroides and bacillus cholerae suis. Med. News LXXIV. 17. p. 513. April.

Reichel, Oskar, Ein Fall von echtem Zwergwuchs; Thyroidbehandl. mit günst. Erfolge. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 12.

Reuling, Robert, and Arthur P. Herring, Cavities in the brain produced by the bacillus aërogenes capsulatus. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 97. p. 62. April.

Rolly, F., Ueber die Wirkung des Diphtheriegiftes auf das Herz. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 283.

Romaro, Vittorio, Osservazioni intorno all'assorbimento del glucosio attraverso il circolo portale nelle diverse malattie. Gazz. degli Osped. XX. 88.

Rosenblatt, J. M., Zum Nachweis der Tuberkelbacillen in d. Faeces. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 29.

Rovsing, Thorkild, Om Bacterium coli's Antagonisme med visse andere Urinbakterier. Hosp.-Tid. 4. R. III. 29.

Russell, William, The parasite of cancer. Lancet April 29.

Sachs, B., and A. Wiener, Demonstration of specimens from a case of erythromelalgia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 372. June.

Salomon, H., Bakteriolog. Befunde bei Stomatitis u. Tonsillitis ulcerosa. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19.

Schanz, Fritz, Die Bakterien d. Auges. [Augenärztliche Unterrichtstafeln, herausgeg. von *H. Magnus*. XVII. Heft.] Breslau. J. U. Kern's Verl. (Max Müller). 9 farb. Taf. mit 21 S. Text. 10 Mk.

Schattenfroh, A., Weitere Untersuchungen über die bakterienfeindl. Stoffe d. Leukocyten. Arch. f. Hyg. XXXV. 2. p. 135.

Schepilewsky, E., Experimentelle Beiträge zur Frage d. amyloiden Degeneration. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 24.

Schichhold, Paul, Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen im Harne. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 506.

Schieck, F., Ein weiterer Beitrag zur Lehre von d. Leukosarkomen d. Chorioncapillaren. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 319.

Schmauch, G., Ueber endoglobuläre Körperchen in d. Erythrocyten d. Katze. Virchow's Arch. CLVI. 2. p. 201.

Scholtz, W., Beiträge zur Biologie d. Gonococcus. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 1. p. 1.

Schulze, Otto, Untersuchungen über d. Strahlenpilzformen des Tuberkuloseerregers. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 1. p. 153.

Schumacher, Siegmund von, Ueber Phagocytose u. die Abfuhrwege der Leukocyten in den Lymphdrüsen. Arch. f. mikroskop. Anat. LIV. 3. p. 311.

Seelig, A., Beitrag zur Bakteriurie. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 43. 44.

Sitsen, A. E., Ueber den Einfluss d. Trocknens auf d. Widerstandsfähigkeit d. Mikroben Desinfektionsmitteln gegenüber. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 2 u. 3.

Smith, Henry Lee, Zur Kenntniss d. Colibacillen des Säuglingsstuhls. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20.

Sobel, Jacob, Oroscopy: Items of interest from a dermatological and general standpoint. Med. News LXXIV. 22. p. 676. June.

Sobernheim, G., Weitere Untersuchungen über Milzbrandimmunität. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 1. p. 89.

Soldan, Ueber d. Bezieh. d. Pigmentmäler zur Neurofibromatose. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 261.

Spirig, Wilh., Ueber d. Diphtheriebacillen einer Hausepidemie. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3. p. 511.

Stadler, Eduard, Ueber die Einwirkung von Kochsalz auf Bakterien, die bei den sogen. Fleischvergiftungen eine Rolle spielen. Arch. f. Hyg. XXXV. 1. p. 40.

Stephanidis, Philopimin, Ueber den Einfluss d. Nährstoffgehaltes von Nährböden auf d. Raschheit d. Sporenbildung u. d. Zahl u. Resistenz d. gebildeten Sporen. Arch. f. Hyg. XXXV. 1. p. 1.

Sternberg, Carl, Ueber die Zelleinschlüsse in Carcinomen u. ihre Deutung als Blastomyceten. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXV. 3. p. 554.

Sternberg, Geo. M., The bacillus icteroides (*Sanarelli*) and bacillus X. (*Sternberg*). Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 18 u. 19.

Stoewer, Ueber d. Wirkung pathogener Hefen am Kaninchenauge. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 178.

Streckeisen, A., Zur Lehre von d. Fragmentatio myocardii. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 1. p. 105.

Stubenrauch, L. von, Experimentelle Untersuchungen über Phosphornekrose. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 144.

Taylor, Alonzo Englebert, Critical summary of the question of fatty degeneration. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 5. p. 569. May.

Tchistowitch, Th., Etudes sur l'immunisation contre le sérum d'anguille. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 5. p. 406. Mai.

Teich, Max, Beiträge zur Cultur d. Leprabacillen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21 u. 22.

Thomson, H. Campbell, On the structure of brain-cells and their degeneration in general disease. Lancet May 27.

Thorn, Ueber d. Befund eines diphtherieähnl. Bakteriums auf granulirenden Wunden (Bac. diphtherideus vulneris). Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 887.

Tixier, L., Sur un cas de coexistence de 2 cancers primitifs chez le même sujet. Lyon méd. XCI. p. 153. Juin.

Tsilinsky, P., Sur les mucédinées thermophiles. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 6. p. 500. Juin.

Vallée, N., Recherches sur les propriétés neutralisantes de la bile à l'égard du virus rabique. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 6. p. 506. Juin.

Vanselow u. Czaplewski, Zur Lehre von den Staphylokokken d. Lymphe. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15 u. 16.

Van't Hoff, H. J., Filtrationsgeschwindigkeit u.

Bakterienreduktion. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 2 u. 3.

Vedeler, *Russel*'ske legemer. [Blastomyceter hos kräft.] Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 7. Forh. S. 73.

Vogt, Beitrag zur Kenntniss d. Lebensbedingungen d. Spirillum volutans. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 23.

Walz, Karl, Ueber d. angebl. baktericide Eigenschaft d. Blutserum. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 24.

Wassmuth, Anton, Beitrag zur Lehre von der Hyperkeratosis diffusa congenita. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 1. p. 19.

Watkins-Pitchford, Walter M., The unconsciousness of anaesthesia. Brit. med. Journ. July 15. p. 179.

Weber, F. Parkes, An apparent thickening of subcutaneous veins. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 73.

Wechsberg, Friedrich, Ueber den Einfluss chem. Gegenreize auf Entzündungen. Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 3 u. 4. p. 360.

Weil, Richard, Zur Biologie d. Milzbrandbacillen. Arch. f. Hyg. XXXV. 3 u. 4. p. 355.

Welcke, Emil, Eine neue Methode der Geisselfärbung. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 129.

Wieting, J., Zur Infektion durch den Diplococcus lanceolatus. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. II. 2. p. 138.

Wilms, M., Die Mischgeschwülste. Heft 1: Die Mischgeschwülste der Niere. Leipzig. Arthur Georgi. Gr. 8. 90 S. mit 1 Tafel. 4 Mk.

Winkler, Karl, Ueber primäre Knochenmarksgeschwülste. Allgem. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 59.

Wolff, Heinrich, Ueber d. Erhaltung d. Kerntheilungsfiguren nach d. Tode u. nach d. Exstirpation u. ihre Bedeutung für Transplantationsversuche. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 297.

Würdemann, H. V.; Samuel H. Friend and Nelson A. Black, A study of multiple metastatic angiosarcoma. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 6. p. 629. June.

Zahn, Georg, Ein Beitrag zur pathol. Anatomie d. Magendivertikel. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 3 u. 4. p. 359.

Zettnow, Ueber Geisselfärbung bei Bakterien. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 283.

S. a. I. Couturieux, Müller, Parsons, Weis. II. Baldi, Hoppe, Kuro, Penzoldt. IV. 2. Carrel, Deléarde, Faber, Greenfield, Gwyn, Hibler, Jaeger, Le Roy, Mc Weeney, Rubinowitsch, Sörensen, Thin, Ustvedt, Virgin, Zanoni; 3. Berghinz, Carrière, Fish, Griffon, Kockel, Schmidt, Silvestrini, Vierordt; 4. Aguerre, Bonnet, Carslaw, Diemer, Glen, Hasenfeld, Labit, Trénel; 5. Bichelonne, Brüchanow, Deanesly, Leuk, Marfan, Monthus, Silvestri, Sternberg; 6. Harbitz, Nicholls, Warberg, Workman; 7. Reynier; 8. Collins, Guidorossi, Heubner, Howard, Jacobsohn, Jelgersma, Ito, Lantzenberg, Luce, Maragliano, Mircoli, Ness, Pfaff, Pfannstiel, Philipp, Quervain, Ransohoff, Rendu, Rybakoff, Sainton, Steen, Strümpell, Touche, Zappert; 9. Freudweiler, Podwysotzky, Sciaudone, Stumme; 10. Arning, Buschke, Delore, Geyer, Hartzell, Leredde, Löwenbach, Soonetz; 12. Garrè, Gwyn. V. 2. a. Berger; 2. c. Braun; 2. e. Biagi, Boinet, Sudeck. VI. Bond, Fraenkel, Pinzani, Schenk, Wilms. VII. Goenner, Klitine, Labadie, Stähler. VIII. Escherich, Fion. IX. Simpson. X. Axenfeld, Brugger, Dolganoff, Druault, Eyre, Gifford, Gonin, Helleberg, Hilbert, Leber. XI. Dawbarn, Schneider, Wex. XIII. 2. Apert, Ehrmann, Escherich, Smith; 3. Aldridge, Georgiewsky, Glücksmann. XIV. 3. Thiele. XV. Abra, Dickson, Korn, Mazuschita. XVIII. Eber, Petit, Petropavlovsky, Waldmann. XIX. Dickinson, Studies.

IV. Innere Medicin.

1) *Allgemeine Medicin. Propädeutik.*

Abrams, Albert, The lung and heart reflexes. New York med. Record LV. 16. p. 562. April.

Congress f. innere Medicin. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 17. 18. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17. 18. Beil. — Berl. klin. Wchnschr. XXVI. 19. 20. 22. 23. — Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17—20. — Wien. med. Presse XL. 18—30.

Ehret, H., Innere Medicin u. Unfallgesetzgebung. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 4. p. 105.

Handbuch d. prakt. Medicin. Unter Redaktion von *W. Ebstein* u. *J. Schwalbe* herausgeg. von *W. Ebstein*. Lief. 9—13. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. Bd. I. S. 769—1157 u. XXII S., Bd. II. S. 577—960, Bd. IV. S. 1—192. Je 4 Mk.

Heubner, Otto, Ueber langdauernde Fieberzustände unklaren Ursprungs. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 33.

Orleman, Daisy M., The ill effects of the *Roentgen* rays. New York med. Record LVI. 1. p. 8. July.

Prontuario di semeiotica e di diagnostica medica generale e speciale. Roma. Soc. editr. Dante Alighieri. 16. XI e 461 pp.

Soulier, H., Le frottement rythmique de 2 surfaces peut engendrer un souffle. Lyon méd. XC. p. 611. Avril.

Stark, Hugo, 17. Congress f. innere Med. in Karlsbad. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 11. p. 387.

Zboray, B., Beitrag zur *Quincke*'schen Lumbalpunktion. Ungar. med. Presse IV. 19.

S. a. I. *Chem. Untersuchung von Körperflüssigkeiten.* II. Bell. III. *Experiment. Pathologie.* XIV. 2. Dolega; 4. Schwarz. XIX. Weisz.

2) *Allgemeine Infektionskrankheiten.*

Anderson, B. P., Intermediate altitude for the comsumptive invalid. Therap. Gaz. 3. S. XV. 7. p. 433. July.

Andvord, Kr. F., Hvilens betydning saavel psykisk som fysisk under ftisisbehandlingen. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 5. S. 593.

Armstrong, Geo. E., The surgical treatment of typhoid fever. Montreal med. Journ. Febr.

Arneill, James R., A case of tetanus treated with antitoxin. Med. News LXXIV. 16. p. 491. April.

Aron, E., Die Tuberkulose-Infektion b. Menschen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 21.

Auclair, Jules, Le poisons du bacille tuberculeux humain. Recherches sur la pneumonie tuberculeuse. Arch. de Méd. expérim. XI. 3. p. 363. Mai.

Bäumler, Ch., Lungenschwindsucht u. Tuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 21.

Bardach, Recherches sur la fièvre récurrente. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 4. p. 365. Avril.

Barth, Ernst, Zur Prophylaxe u. Therapie der Lungentuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. Beil.

Beco, Lucien, Recherches sur la fréquence des septicémies secondaires au cours des infections pulmonaires (tuberculose ulcéreuse chronique; pneumonie lobaire). Revue de Méd. XIX. 5. p. 385.

Benda, C., Ueber akute Miliartuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 26. 27. 29.

Berry, William, The notification of measles. Lancet May 6. p. 1255.

Biedert, Das Verhältniss d. Tuberkulose zur Kindersterblichkeit u. zur Thiertuberkulose. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 257.

Bignami, A., Wie man Malaria bekommt. Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 548.

Birch-Hirschfeld, F. V., Ueber d. Sitz u. d. Entwicklung d. primären Lungentuberkulose. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 58.

Bitter, H., Ueber d. *Haffkine*'schen Schutzimpfungen gegen Pest u. d. Pestbekämpfung in Indien. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3. p. 448.

Blos, Edwin, Ueber tuberkulöse Lymphome u. ihr Verhältniss zur Lungentuberkulose. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 4. p. 520.

Bosanguet, Wm. Cecil, Notes on 215 cases of enteric fever. Brit. med. Journ. July 8.

Bowditch, N. Y., Subsequent histories of arrested cases of phthisis treated at the Sharon sanitarium. Boston med. and surg. Journ. CXL. 25. p. 598. June.

Braine-Hartnell, Christopher, Climate and cure of consumption. Brit. med. Journ. May 13. p. 1194.

Braun, H., et Georges Thiry, Septicémie diphthérique. Gaz. des Hôp. 50. 51—53.

Brouardel et Landouzy, Le congrès de Berlin pour la lutte contre la tuberculose et le traitement en sanatoriums des maladies du poumon. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 27. p. 7. Juillet 4. — Presse méd. VII. 53.

Bruce, Mitchell, Cases of septicaemic infection treated with antistreptococcus serum; rapid recovery. Brit. med. Journ. July 8.

Bruschettini, Alessandro, L'immunità nella tubercolosi. Rif. med. XV. 96.

Büdingen, Theodor, Zur Bekämpfung d. Lungenschwindsucht. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Gesh pfl. XXXI. 3. p. 449.

Caillaud, Un cas de tétanos guéri par le lavage du sang. Gaz. des Hôp. 82.

Cantieri, Arturo, Sulla curabilità della tubercolosi polmonare. Gazz. degli Osped. XX. 85.

Cappelletti, Luigi, Sulla origine infettiva del delirio acuto. Ferrara. Stab. tip. G. Bresciani. 8. 17 pp.

Cardarelli, A., Tumore epato-splenico da malaria. Gazz. degli Osped. XX. 73.

Carrel, Alexis, Travaux récents sur l'actinomycose humaine. Gaz. des Hôp. 70.

Carrière, Max, A propos d'un cas de grippe infantile rapidement mortel. Gaz. hebd. XLVI. 52.

Celli, A., u. G. Valenti, Nochmals über d. Aetiologie der Dysenterie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 14.

Chaillous, Le tétanus à frigore. Gaz. hebd. XLVI. 57.

Chantemesse, A., et E. Rey, La formule hémoleucocytaire de l'érisipèle. Presse méd. VII. 52.

Cheinisse, L., L'étiologie, la prophylaxie et le traitement de la tuberculose d'après les travaux du congrès de Berlin. Semaine méd. XIX. 24. 25.

Chosky, N. H., Curative serum in plague. Lancet July 8. p. 116.

Class, W. J., The etiology of scarlatina. Medicine V. 6. p. 477. June.

Clemow, Frank G., The serum treatment of plague. Lancet May 6.

Coghill, J. G. Sinclair, The rational treatment of consumption. Lancet June 3.

Collier, H. S., A case of tetanus treated by the injection of *Roux's* anti-tetanic serum into the subdural space; recovery. Lancet May 13. p. 1290.

Combemale et Vrasses, Streptococchémie guérie par le sérum antistreptococcique. Écho méd. du Nord III. 24.

Combemale et Vrasses, Éruption scarlatiniforme due aux streptocoque et diplocoque associés. Echo méd. du Nord III. 28.

Cominotti, Vittorio, Sulla sierodiagnosi del tifo addominale. Rif. Ven. di Sc. med. XIV. 3; Marzo 1898.

Cominotti, Vittorio, Massaggio del cuore nelle sincopi cardiache della difterite. Atti de VI o. Congr. med. interprov. della Lomb. e del Veneto. 8. 4 pp.

Congress zur Bekämpfung d. Tuberkulose als Volkskrankheit. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 22. 23. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. 30. Beil. — Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 23. 24. 25. — Wien. med. Presse XL. 22. 23. 24.

Critzman, Le congrès de Berlin contre la tuberculose pulmonaire. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 1. p. 82. Juillet.

Croksy, A. H., Plague in India. Lancet June 10. p. 1580.

Cronquist, Johan, Bidrag till kännedomen om frossa hos barn. Nord. med. ark. N. F. X. 1. Nr. 3.

Da Costa, J. M., Anomalous eruptions in typhoid fever. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 1. July.

Daddi, G., e C. Baduel, Un caso mortale di carbonchio nell'uomo. Clin. med. ital. XXXVIII. 4. p. 245. Aprile.

Deléarde, A., Sur un cas de fièvre typhoïde avec bacilles typhiques dans le sang. Gaz. hebd. XLVI. 40.

Delpeuch, Armand, De l'habitus tuberculeux et en particulier de la prédisposition des roux à la phthisie selon Hippocrate. Presse méd. VII. 57.

Demisch, Die Diphtherie-Epidemie in Kerzers. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 11.

Deneke, Th., Die baul. Einrichtungen d. Heilstätte f. unbemittelte Tuberkulosekranke b. Geesthacht. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19.

De Renzi, E., Meningite cerebro-spinale epidemica. Rif. med. XV. 169.

Deventer, J. van, en A. M. Benders, De tuberculose te Meerenberg. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 406.

Dippe, H., Ueber Tuberkulose. Schmidt's Jahrbb. CCLXIII. p. 28.

Dock, George, The diagnosis of typhoid fever. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 157. April.

Douty, Edward, Climate and the cure of consumption. Brit. med. Journ. May 6. p. 1128.

Dowler, H. M., 5 cases of so-called blackwater fever. Brit. med. Journ. July 15.

Dufour et Rabaud, Tuberculose pulmonaire et mélancolie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 312. Mars.

Dukes, Clement, The incubation period of scarlet fever, varicella, parotitis and Rötheln. Lancet April 29.

Eastes, G. Leslie, Antistreptococcic injections in septicaemia. Brit. med. Journ. July 22. p. 253.

Edgeworth, F. H., A case of diphtheria in which death resulted from a clot in the basilar artery. Lancet June 10. p. 1563.

Edington, Alexander, Red-water or Texas fever. Lancet May 6.

Elliot, J. W., Cases of actinomycosis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 1. p. 11. July.

Ephraim, A., Seltener Verlauf einer Scarlatina. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 5.

Escherich, Th., Ein weiterer Fall von Pseudotetanus. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 179.

Eshner, Augustus A., Pulmonary tuberculosis with intercurrent typhoid fever complicated by pneumonie; triple infection. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 56. July.

Faber, Erik E., Om Lumbalpunktur og bakteriologiske Fund ved Meningitis cerebrospinalis epidemica. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 26. 27.

Farnham, A. B., Treatment of phthisis. Boston med. and surg. Journ. CXL. 15. p. 351. April.

Favre, Ueber eine pestähnl. Krankheit. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3. p. 359.

Feilchenfeld, W., Zur Diphtheriestatistik. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 325.

Filatoff, N., Ueber d. protrahirte u. chron. Form d. Influenza. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 1.

Finlay, Charles J., Mosquitoes considered as transmitters of yellow fever and malaria. New York med. Record LV. 21. p. 737. May.

Fitzpatrick, Charles B., Notes on the treatment of yellow fever with blood-serum of the bacillus icteroides and its preparation. New York med. Record LVI. 1. p. 1. July.

Flügge, C., Berichtigung zu Herrn *Cornet's* Mittheilungen über d. Verbreitungsweise d. Phthise. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 21.

Fraenkel, Albert, Ueber d. Therapie d. Lungentuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24. 25.

Fraser, C. L., A case of toxaemia with convulsions. Lancet April 29.

Freudenthal, G., Ueber einen Fall von Tertiana b. einem 5 Mon. alten Mädchen. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 376.

Fürst, L., Der Congress zur Bekämpfung d. Tuberkulose. Wien. med. Presse XL. 25.

Fullerton, Anna M., Tuberculous peritonitis. Therap. Gaz. 3. S. XIV. 4. p. 229. April.

Gabrilowitsch, S., Beitrag zur Kenntniss der wichtigsten Körpermaasse b. Phthisikern u. d. Verhältnisses von Brust- u. Bauchorganen zu einander. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 21.

Gabritschevsky, Sur les mesures préventives à prendre dans la lutte contre la diphthérie. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 5. p. 518.

Gaffky, G., Der Einfluss d. Höhenlage auf d. Cholera in Hamburg im J. 1892. Nebst Erwiderung von *H. Buchner*. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18.

Gagnoni, Enrico, Di tre casi di difterite guariti con l'iniezione nelle vene di siero antidifterico. Gazz. degli Osped. XX. 85.

Galvagni, E., Della tubercolosi miliare acuta. Rif. med. XV. 154.

Ganiez, Des paralysies généralisées dans la fièvre typhoïde. Gaz. hebd. XLVI. 43.

Ganz, Heinrich, Mittheilung über einige seltene Complikationen b. Masern. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 25.

Gardiner, Charles Fox, Light and air in the treatment of consumption in Colorado. Med. News LXXV. 4. p. 105. July.

Gaylord, Harden R., Critical summary of literature on tuberculosis of the walls of the bloodvessels and the production of miliary tuberculosis. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 71. July.

Gerhardt, C., Ueber Blutspeien Tuberkulöser. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 21.

Gerhardt, D., Ein Fall von Typhusempyem mit spontaner Resorption. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 105.

Gianelli, Adriano, Un caso di tetano guarito col metodo *Baccelli*. Gazz. degli Osped. XX. 85.

Gibb, William F., Sequel to a case of acute tetanus treated by intracerebral injections of antitoxin. Brit. med. Journ. July 1.

Gilbert, V., Un nouveau traitement de la coqueluche. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 6. p. 373. Juin.

Gillespie, A. Lockhart, A visit to a German institution for treatment of pulmonary disease. Edinb. med. Journ. N. S. V. 5. p. 484. May.

Gimlette, Thomas D., A case of tetanus treated by intracerebral injection of antitetanic serum. Lancet July 8.

Grassi, B., La malaria propagée par le moyen de certains insectes particuliers. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 143. — Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 538.

Grassi, B., Rapports entre la malaria et les arthropodes. Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 257. — Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 517.

Greene, H. R., The plague in Egypt. Lancet June 3. p. 1513.

Greenfield, W. S., Clinical lecture on a case of typhus and some lessons to be drawn from it; being especially a plea for the increased application of bacteriological science to practical medecine. Edinb. med. Journ. N. S. V. 5. p. 492. May.

Guinard, L., Quelques faits relatifs à la rage. Lyon méd. XC. p. 13. Mai.

Guinon, Louis, Quelques complications de la fièvre typhoïde. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 289. Juillet.

Gwyn, Norman B., The presence of typhoid bacilli in the urines of typhoid fever patients. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 99. p. 109. June.

Haberling, Zur Tetanusbehandlung mit Antitoxin. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 494.

Hallwachs, Wilhelm, Ueber d. Myokarditis b. d. Diphtherie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 770.

Harris, S., Climate and the cure of consumption. Brit. med. Journ. July 15. p. 179.

Harris, Thomas, On some unusual cases of blood poisoning. Brit. med. Journ. July 8.

Hassenstein, W., Ungewöhnl. Formen diphther. Erkrankungen übertragen durch eine Hebamme. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25.

Havas, Leo, Ueber d. *Koplik*'sche Frühsymptom b. Masern. Wien. med. Presse XL. 24.

Haward, J. Warrington, Note on some of the surgical sequelae of influenza. Lancet July 1.

Herman, J. Edward, The failure of antitoxin in the treatment of diphtheria. New York med. Record LV. 21. p. 739. May.

Heurieux, La variole en Indo-Chine. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 28. p. 61. Juillet 11.

Heymann, Rudolf, Die im Verlaufe d. Masern auftretenden Ohrenkrankheiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 3 u. 4. p. 336.

Hibler, E. v., Beiträge zur Kenntniss der durch anaërobe Spaltpilze erzeugten Infektionserkrankungen d. Thiere u. d. Menschen, sowie zur Begründung einer genauen bakteriol. u. pathol.-anat. Differentialdiagnose dieser Processe. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15 u. 16.

Hirschberg, J., Geschichtl. Bemerkungen über d. Ansteckungsfähigkeit d. Schwindsucht. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 21.

Hodenpyl, Eugene, Miliary tuberculosis of the pleura without other tuberculous involvement of the lung. New York med. Record LV. 25. p. 903. June.

Holsti, H., Två fall af tetanus behandlade med antitoxin-injektioner samt om resultaten af denna behandlingsmethod. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 5. s. 615.

Home, W. E., The prevention of beri-beri. Lancet July 1. p. 50.

Horton-Smith, P., On the respective parts taken by the urine and the faeces in the dissemination of typhoid fever. Lancet May 20.

Huchard, H., et Paul Guéniot, Perforation intestinale au déclin d'une fièvre typhoïde; indécision du chirurgien au sujet de l'intervention opératoire; péritonite diffuse; mort. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 388. Avril.

Hueppe, Ferdinand, Ueber Heilstättenbewegung u. Tuberkulose-Congresse. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 21.

Jacoby, Eugen, Autotransfusion u. Prophylaxe b. Lungentuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19. 20.

Jaeger, H., Epidemiol. u. Bakteriolog. über Cerebrospinalmeningitis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29.

Jaksch, R. von, Ueber pseudo-influenzaartige Erkrankungen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 20.

Kappesser, O., Method. Schmierseife-Einreibung gegen Scrofulose u. Tuberkulose. Darmstadt 1900. Johannes Waitz. 8. 23 S. 60 Pf.

Kasel, Christian, u. Konrad Mann, Beiträge

zur Lehre von d. *Gruber-Widal*'schen Serumdiagnose d. Unterleibstyphus. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18.

Kassel, Carl, Decentralisation d. Tuberkuloseheilanstalten. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 21.

Kirchner, M., Ueber die Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder d. Tollwuth verdächtige Thiere in Preussen während d. J. 1898. Klin. Jahrb. VII. 3. p. 319.

Klem, Gustav, Skolelägerne og tuberkulosespörsmaalet. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 12. S. 397.

Klimenko, B. N., Un cas de méningite durant la fièvre typhoïde par les bacilles d'*Eberth*. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 5. p. 516.

Knopf, S. A., The tuberculosis problem in the United States. Lancet May 6. p. 1254.

Köppen, A., Nierenblutung u. Diazoreaktion bei Grippe. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 18.

Kollibay, Georg, Eine Epidemie typhoider Erkrankungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17.

Koplik, Henry, The new diagnostic spots of measles on the buccal and labial mucous membrane. Med. News LXXIV. 22. p. 673. June.

Kraus, E., Beitrag zur Klinik u. Therapie d. Tetanus. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 3 u. 4. p. 256.

Kraus, Emil, Zur Therapie d. Tetanus. Therap. d. Gegenw. N. F. I. 5. p. 200.

Krause, Paul Friedrich, Die *Koch*'sche Behandlung der Tuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 21.

Krokiewicz, Anton, Der 3. Fall von Tetanus traumaticus, der durch Injektionen von Gehirnemulsion geheilt wurde. Wien. klin. Wchnschr. XII. 28.

Laine, D. T., A collective investigation of yellow fever in the island of Cuba. Med. News LXXV. 1. p. 1. July.

Landouzy, L., Associations thérapeutiques antituberculeuses: cure de sanatorium, simple et associée. Presse méd. VII. 42.

Landouzy, L., Prédispositions tuberculeuses, terrains, acquis et innés, propices à la tuberculose. Revue de Méd. XIX. 6. p. 417.

Langer, Joseph, Ueber ein neues Verfahren zur Sicherung d. diagnost. Werthes d. Lumbalpunktion b. d. tuberkulösen Meningitis. Ztschr. f. Heilkde. XX. 4. p. 327.

Lannelongue et Achard, Sur le traumatisme et la tuberculose. Gaz. des Hôp. 54.

Lartigau, August Jerome, On typhoid septicaemia, with the report of 2 cases, one of which was a typhoid infection without intestinal lesions. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 97. p. 55. April.

Lau, H., Die moderne Behandlung d. Lungentuberkulose. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 24. 25.

Lawrence, James, and John Hartley, Case of tetanus treated by intracerebral injection of antitoxin; recovery. Brit. med. Journ. June 3. p. 1333.

Leger-Dorez, H., Ueber Zahnschmerzen im Gefolge d. Influenza. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 5. p. 235.

Lenhartz, Hermann, Erysipelas (Rose, Rothlauf) u. Erysipeloid. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Hermann Nothnagel* III. 3.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. VI u. 104 S. 3 Mk.

Lenzmann, R., Ueber die ersten Symptome der Lungentuberkulose. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 307.

Le Roy des Barres, A., et Weinberg, Septicémie aiguë à streptocoque encapsulé. Arch. de Méd. expérim. XI. 3. p. 399. Mai.

Letters, P., Distribution of tuberculosis in Ireland. Dubl. Journ. CVII. p. 391.

Letulle, Maurice, Phthiséothérapie. Presse méd. VII. 45.

Liebe, Georg, Lungenheilstätten als wissenschaftl. u. volkshyg. Centralstellen. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 5. p. 164.

Lindsay, W. J., On antistreptococcic serum in the treatment of small-pox. Brit. med. Journ. May 13.

Lissner, M., Ein Fall diphther. Infektion eines Neugebornen. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 371.

Littledale, H. E., Clinical investigations on *Widal's* reaction as a diagnostic in typhoid fever. Dubl. Journ. CVIII. p. 18. July.

Littlejohn, Harvey, and Claude R. Kerr, An outbreak of typhus fever. Edinb. med. Journ. N. S. V. 6. p. 555. June; VI. 1. p. 23. July.

Lungentuberkulose in d. Armee [Veröffentl. a. d. Geb. d. Militär-Sanitätswesens Heft 14.] Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 114 S. mit 2 Tafeln.

Lustig, A., A proposito della profilassi nella tubercolosi. Settimana med. LIII. 22.

Lynch, Franklin Pierce, African black-water fever. Med. News LXXIV. 21. p. 648. May.

Mac Coy, Alexander W., Observations on laryngeal paralysis dangerous to life occuring during the progress of typhoid fever. Univers. med. Mag. XI. 8. p. 431. May.

Mc Weeney, The bacteriological aspects of tuberculosis. Dubl. Journ. CVII. p. 390. May.

Mc Weeney, Pneumococcal septicaemia with ulcerative endocarditis consecutive to croupous pneumonia. Dubl. Journ. CVIII. p. 67. July.

Maffucci u. di Vestea, Weitere experimentelle Untersuchungen über d. Serotherapie d. Tuberkulose. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 23.

Maillart, Hector, et Henri Revillod, Organisation de la cure d'air pour les tuberculeux à l'hôpital cantonal de Genève pendant l'hiver 1898—99. Presse méd. VII. 44.

Malcolm, W. S., 4 cases of beri-beri on board ship. Brit. med. Journ. June 3. p. 1332.

Maragliano, E., Tuberculosi e gravidanza. Gazz. degli Osped. XX. 55.

Maragliano, Edoardo, Le basi scientifiche della sieroterapia nella tubercolosi. Rif. med. XV. 70.

Marcus, Contribution à l'étude de l'actinomycose dans l'armée. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 5. p. 352. Mai.

Martley, On the death-rate from tuberculosis as exemplified in the male population of England, for the 5 years 1891—1895. Dubl. Journ. CVII. p. 390. May.

Mazzotti, Luigi, Delle enterorragie nel tifo addominale e di alcune condizioni poco note che le possono produrre. Gazz. degli Osped. XX. 70.

Meyer, Alfred, A state sanatorium for consumptives. New York med. Record LVI. 2. p. 68. July.

Meyer, George, Statist. Beitrag zur Verbreitung d. Tuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 21.

Miller, D. J. Milton, Bilateral swelling of the submaxillary glands in typhoid fever. Univers. med. Mag. XI. 10. p. 589. July.

Mircoli, Stefano, Das latente Fieber b. d. chron. Tuberkulose. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 162.

Mircoli, S., Concetto e diagnosi della piotubercolosi polmonare. Clin. med. ital. XXXVIII. 5. p. 287. Maggio.

Mixter, A case of actinomycosis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 1. p. 10. July.

Monti, Alois, Tuberkulose im Kindesalter. [Wien. Klin. 7 u. 8; Juli—Aug.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 191—276. 1 Mk. 50 Pf.

Moore, J. W., Enteric fever fatal through embolic hemiplegia. Dubl. Journ. CVII. p. 350. May.

Morer, Ostéites épiphysaires multiples bénignes précoces dans la fièvre typhoïde. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 5. p. 378. Mai.

Mosler, Friedrich, Ueber Entstehung u. Verhütung d. Tuberkulose als Volkskrankheit, mit bes. Berücksicht. d. Errichtung von Volksheilstätten. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. XV u. 103 S. 2 Mk.

Moss, V. U., Treatment of diphtheria. Amer. Pract. and News XXVII. 34. p. 375. May.

Mulert, Zur Pathologie d. Influenza. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 20.

Murrell, W., 2 cases of erysipelas treated with antistreptococcic serum. Lancet June 24. p. 1718.

Neisser, Max, u. B. Heymann, Bericht über d. 2jähr. Thätigkeit (26. Juli 1896—98) d. Diphtherie-Untersuchungsstation d. hyg. Inst. zu Breslau. Klin. Jahrb. VII. 3. p. 259.

Neumann, Beziehungen zwischen Menstruation u. Lungentuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 21.

Neusser, E., Zur Klinik d. Meningitis tuberculosa. Wien. med. Presse XL. 22. 23.

Nicolaysen, Lyder, Influenza-epidemii Kristiania. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 6. Forh. S. 50.

Northrup, W. P., The serum treatment of diphtheria in the New York Foundling Hospital during 1898. Med. News LXXIV. 17. p. 525. April.

Nuttall, George H. F., Neuere Forschungen über d. Rolle d. Mosquitos b. d. Verbreitung d. Malaria. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 24. 25.

Oriou, Diagnostic précoce de la tuberculose. Ann. d'Hyg. 3. S. XLI. 5. 6. p. 424. 599. Mai, Juin.

Orton, J., Ulceration of colon in typhoid fever. Brit. med. Journ. July 15. p. 142.

Osler, William, On the etiology and diagnosis of cerebro-spinal fever. Lancet June 24. — Brit. med. Journ. June 24. — Boston med. and surg. Journ. CXLI. 1. p. 1. July.

Pässler, H., Experiment. Untersuchungen über d. allgem. Therapie d. Kreislaufstörung b. akuten Infektionskrankheiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 715.

Pagliano, V., et L. **François**, Purpura infectieux au cours d'une stomatite ulcéromembraneuse. Presse méd. VII. 33.

Paris, W. J. J., The management of typhoid fever in a Country practice. Med. News LXXIV. 24. p. 757. June.

Park, Francis E., A case of diphtheritic laryngitis, supplemented by broncho-pneumonia and acute nephritis in a child 15 months old. Boston med. and surg. Journ. CXL. 17. p. 400. April.

Parotitis and influenza. Lancet May 27. p. 1456.

Passerat, Note sur une épidémie de fièvre typhoïde à Bourg. Lyon méd. XC. p. 7. Mai.

Peace, Walter, The sending of phthisical patients to Natal. Lancet April 29. p. 1182. — Brit. med. Journ. April 29. p. 1060.

Pelc, J., Verbreitung d. Flecktyphus in Böhmen. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 18.

Pettenkofer, Max von, Ueber d. grossen Gehalt d. Hamburger Bodens an Ammoniak u. andern stickstoffhaltigen Bestandtheilen unmittelbar vor d. Ausbruch d. Choleraepidemie d. J. 1892. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18.

Pickert, Martin, Ueber d. Prognose d. chron. Phthise mit besond. Berücksicht. d. Heilstättenbewegung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24.

Pineles, Friedrich, Zur Klinik der epidem. Cerebrospinalmeningitis. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 32.

Plicque, A. F., La phthisie fibreuse et son traitement. Presse méd. VII. 53.

Posner, C., Die Fürsorge f. Lungenkranke seitens d. Alters- u. Invaliditäts-Versicherungs-Anstalt Berlin. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 21.

Pott, Rich., Die Mundfäule d. Kinder u. ihre Bezieh. zur Maul- u. Klauenseuche. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 30.

Přibram, A., Ueber Schutzmaassregeln gegen d. Ausbreitung d. Menschentuberkulose. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 26.

Preusse, Zur Lehre von d. Aktinomykose. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 256.

Proust, A., La peste d'Alexandrie. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 27. p. 46. Juillet 4.

Pryor, John H., The relative death-rates from cancer and consumption. Med. News LXXIV. 21. p. 651. May.

Rabinowitsch, Lydia, u. Walter **Kempner**, Beitrag zur Frage d. Infektiosität d. Milch tuberkulöser Kühe, sowie über d. Nutzen d. Tuberkulinimpfung. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 1. p. 137. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 21.

Ransome, Arthur, On rest and exercise in the open-air treatment of phthisis. Brit. med. Journ. July 22.

Reincke, J., Das Verhalten von Cholera u. Typhus an d. Hamburg-Altonaer Grenze. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 28.

Renault, Alex., Varicelle simple ou syphilide varicelliforme. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 6. p. 569.

Rieder, H., Therapeut. Versuche mit Röntgenstrahlen b. infektiösen Processen. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 29.

Ritchie, John, The fevers of West-Africa, their nature, treatment and prevention. Glasgow med. Journ. LI. 5. 6. p. 328. 441. May, June.

Roché, L., Les maladies qui se transforment et les maladies qui s'en vont. Le paludisme en Puisaye. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 22. p. 524. Mai 30.

Roger, H., Etude clinique sur quelques maladies infectieuses d'après les observations recueillies à l'hôpital d'isolement de la Porte Aubervilliers pendant les années 1897—1898. Revue de Méd. XIX. 5. p. 361.

Romberg, Ernst; **Hans Pässler**; **Carl Bruhns**; W. **Müller**, Experiment. Untersuchungen über d. allgem. Pathol. d. Kreislaufsstörung b. akuten Infektionskrankheiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 652.

Ross, D. M. M., The treatment of dysentery. Brit. med. Journ. May 13.

Ross, Ronald, On the possibility of extirpating malaria from certain localities by a new method. Brit. med. Journ. July 1.

Ross, Ronald, An outbreak of fever attributed to mosquitos. Brit. med. Journ. July 22. p. 208.

Ryska, Emil, Ein klin. Beitrag zur Kenntniss d. Cholecystitis u. Cholangitis typhosa. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 23.

Sacquépée, E., Purpura de l'endocarde chez un scarlatineux. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 263. Mars.

Sanfelice, Francesco, e V. E. **Malato**, Studien über d. Pocken. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 18 u. 19.

Schamelhout, G., De voorbehoedmiddelen tegen te tering. Handel. van het 2. Vlaam. Natuur- u. Geneesk. congres te Gent. 1898. blz. 124.

Schamelhout, G., L'hospitalisation des phthisiques nécessiteux et la prophylaxie de la tuberculose aux îles Britanniques. Anvers. Impr. Buschmann. 8. 76 pp.

von **Scheibner**, Bilden d. Tonsillen häufige Eingangspforten f. d. Tuberkelbacillen? Deutsche med. Wchnschr. XXV. 21.

Schjerning, Einiges über d. Tuberkulose in d. Armee. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 21.

Schmidt, Rudolf, Zur klin. Pathologie d. peripher. Nervensystems b. Lungentuberkulose mit spec. Rücksichtnahme auf Akroparästhesien. Wien. klin. Wochenschr. XII. 27.

von **Schrötter**, Heilbarkeit d. Tuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. XII. 23.

Schüffner, Beitrag zur Kenntniss der Malaria. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 428.

Schütze, Carl, Die Hydrotherapie der Lungenschwindsucht. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 7.

Schultze, Fr., Spinalpunktion u. Einspritzung von Antitoxinserum in d. Spinalflüssigkeit b. Tetanus

traumaticus. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 169.

Schulz, Hugo, Die Arzneibehandlung d. Tuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 21.

Schumacher, H., Bemerkungen zu einem Fall von Typhus abdominalis mit fehlender *Widal*'scher Reaktion. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3. p. 364.

Sheets, L. D., Treatment of influenza. New York med. Record LV. 21. p. 750. May.

Sobel, Jacob, Rubeoliform and other eruptions, with special reference to *Koplik's* phenomenon. New York med. Record LV. 22. p. 781. June.

Sörensen, Om Difteri og Difteribaciller blandt Skarlatinarekonvalescenter. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 16. 17. — Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 265.

Sommerfeld, Zur Geschichte der Lungenheilstättenfrage in d. J. 1896—1897. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 33—43. 45. 48—51.

Sommerville, David, The possibility of the successful outdoor treatment of tuberculosis in London. Lancet July 22.

Squire, J. Edward, On the prevention of tuberculosis. Lancet July 22.

Stapler, Desider, Zur Aetiologie des gelben Fiebers. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 17.

Staub, H., Die Züricher'sche Heilstätte f. Lungenkranke im Wald. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 5. p. 173.

Stein, Ueber d. Heilbarkeit d. Lungentuberkulose. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 7. p. 139.

Surmont, H., Etiologie et prophylaxie de la rougeole. Echo méd. du Nord III. 18.

Taylor, T. E., Tetanus treated by antitetanus serum. Med. News LXXV. 2. p. 42. July.

Thayer, W. S., Recent investigations upon malaria. Med. News LXXIV. 20. p. 617. May.

Theodor, F., Ueber Rötheln, Röthelnrecidive u. ihr Verhältniss zu Masern u. Scharlach. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 53.

Thin, George, The parasite of malaria in the tissues in a fatal case of black water fever. Brit. med. Journ. June 3.

Thoinot, Epidémie de fièvre typhoïde à Carpentras, en oct. et en nov. 1898. Ann. d'Hyg. 3. S. XLI. 5. p. 413. Mai.

Townesend, Stephen, The treatment of tetanus. Lancet May 27. p. 1456.

Tuberkulose s. III. *Auché, Maragliano, Marzinowsky, Mitchell, Ramond, Rosenblatt, Schulze.* IV. 2. *Anderson, Andvoord, Aron, Auclair, Bäumler, Barth, Beco, Benda, Biedert, Birch, Blos, Bowditch, Braine, Brouardel, Bruschettini, Büdingen, Cantieri, Cheinisse, Coghill, Critzmann, Delpeuch, Deneke, Deventer, Dippe, Douty, Dufour, Eshner, Farnham, Flügge, Fränkel, Fürst, Fullerton, Gabrilowitsch, Galvagni, Gardtner, Gaylord, Gerhardt, Gillespie, Harris, Hirschberg, Hodenpyl, Hueppe, Jacoby, Kappesser, Kassel, Klem, Knopf, Krause, Landouzy, Langer, Lannelongue, Lau, Lenzmann, Letters, Letulle, Liebe, Lungentuberkulose, Lustig, Mc Weeney, Maffucci, Maillart, Maragliano, Martley, Meyer, Mircoli, Monti, Mosler, Neumann, Neusser, Oriou, Peace, Pickert, Plicque, Posner, Přibram, Pryor, Rabinowitsch, Ransome, Schamelhout, Scheibner, Schjerning, Schmidt, Schrötter, Schütze, Schulz, Sommerfeld, Sommerville, Squire, Staub, Stein, Turban, Turner, Vidal, Vragnizan, Walsham, Wertheim, Weber, Weismayr, Weisz, Williams, Winternitz, Wise, Woodhead, Zanoni, Zeuner;* 4. *Aguerre;* 5. *Miller, Oppenheim, Petruschky;* 6. *Müller, Schnürer;* 7. *Petit;* 8. *Dreher, Schäffer, Schmidt, Zangger;* 9. *Baldwin;* 10. *Hallopeau, Jadassohn, Lupus.* V. 1. *Küttner, Maylard;* 2. a. *Dowd;* 2. c. *Cathelin, Crile, Ebstein, Knox, Presnitzki, Teleky, Warthin;* 2. d. *Gordon;* 2. e. *Danlos, Pels.* VI. *Davidsohn, Rieck.* X. *Gourfein, Grant.* XI. *Gleitsmann, Kassel, Piffl, Raviart.* XIII. 2. *Anderson, Barozzi, Bertelsmann, Boulengier, Carducci, Du Castel, Eschel, Green, Hahn, Macgregor, Savoire, Topal, Wertheimber.* XIV. 1. *Kurorte.* XV. *Korn.*

Turban, K., Zur chirurg. Behandl. d. Lungentuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 21.

Turenne, A., Tétanos d'origine utérine. Ann. de Gynécol. LI. p. 396. Juin.

Turner, Duncan, The open-air treatment of phthisis in Victoria. Lancet May 27. p. 1455.

Ustvedt, Yngvar, Den bakteriologiske difteridiagnose og pseudodifteribacillen. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 6. S. 681. — Eira XXIII. 12.

Vaillard, La fièvre typhoïde à Cherbourg. Progrès méd. 3. S. IX. 18. 19.

Vaughan, Victor C., Some remarks on typhoid fever among our soldiers during the late war with Spain. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 19. July.

Vidal, E., La lutte contre la tuberculose pulmonaire et le Sanatorium „Alice-Fagniez" à Hyères (Var). Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 28. p. 89. Juillet 11.

Virgin, G., Den bakteriologiska diagnosen af difteri. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 6 o. 7. s. 507.

Vragnizan, Pietro, Intorno ad un caso di tisi fibrosa. Clin. med. ital. XXXVIII. 4. p. 193. Aprile.

Wace, Cyril, A case of tetanus treated by tetanus antitoxin; death. Lancet Mai 13. p. 1291.

Wagner, Paul, Neuere Arbeiten über Tetanus. Schmidt's Jahrbb. CCLXIII. p. 71.

Walsham, Hugh, The x-rays in prognosis of pulmonary tuberculosis. Lancet July 15.

Warner, F. Ashton, Influenza and otitis media. Brit. med. Journ. May 13. p. 1153.

Warthin, Alfred Scott, Unusual localizations of tuberculosis. Med. News LXXIV. 18. p. 550. May.

Weber, Hermann, On climate and sea voyages in the treatment of tuberculosis. Brit. med. Journ. June 3. — Boston med. and surg. Journ. CXL. 25. p. 552. June.

Weismayr, Alexander von, Der Congress zur Bekämpfung d. Tuberkulose als Volkskrankheit. Wien. klin. Wchnschr. XII. 23. 24. 25.

Weisz, H., Beiträge zur Therapie d. Tuberkulose. Ungar. med. Presse IV. 16.

Wenner, Otto, Die Resultate der Diphtheriebehandlung seit Einführung d. Diphtherieheilserum am Kinderspital Zürich. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 73.

Wichmann, Mundenantemet ved Mäslinger. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 28. S. 706.

Williams, Francis H., Xray examination an aid in the early diagnosis of pulmonary tuberculosis. Boston med. and surg. Journ. CXL. 22. p. 513. June.

Winternitz, Wilhelm, Bekämpfung d. Tuberkulose als Volkskrankheit u. d. Aufgaben d. Hydrotherapie dabei. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 6.

Wise, A. Tucker, Infection of tubercle from songbirds a fertile though unsuspected source of phthisis. Lancet May 20.

Woodhead, G. Sims, Tuberculosis and its prevention. Edinb. med. Journ. N. S. V. 5. p. 453. May.

Woollacott, F. J., 3 cases of cardiac thrombosis in diphtheria. Lancet May 6.

Wright, A. E., Antityphoid inoculation. Brit. med. Journ. July 8. p. 119.

Wright, J. H., The pathology of actinomycosis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 1. p. 10. July.

Yamagiva, K., Beiträge zur Kenntniss d. Kakke (Beri-beri). Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 451.

Zanoni, G., La poca attendibilità del reperto dello sputo per giudicare le associazioni microbiche nella tubercolosi. Gazz. degli Osped. XX. 70.

Zanoni, G., Contributo allo studio delle associazioni microbiche polmonari della tubercolosi polmonare. Clin. med. ital. XXXVIII. 5. p. 270. Maggio.

Zeuner, W., Ein Beitrag zur Behandl. d. Tuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29. Beil.

Ziemssen, H. von, Ueber nosocomiale Typhusinfektion. Ann. d. Krankenh. zu München p. 40.

Zupnik, Leo, Ueber subcutane Gehirninjektion b. Tetanus. Prag. med. Wchnschr. XLIV. 24. 25.

S. a. III. *Mikroorganismen.* IV. 3. *Empyem, Pleuritis, Pneumonie,* Beco, Berghinz; 4. Bonnet, Carslaw, Ebstein, Gemmell, Hasenfeld, Labit, Lancereaux; 5. Favero, Gundersen, Rummo, Sacquépée; 6. Holst; 7. Westphal; 8. *Chorea,* Bryant, Ebbell, Keiper, Quervin, Schweinitz; 10. Antony, Gommaerts. V. 1. Franke; 2. a. Ledermann; 2. c. Kraft, Martin, Miller, Mixter, Sacquépée, Taylor, Trayer. VI. Hughes. VII. *Puerperalinfektion.* VIII. Fischer, Fischl, Lesage, Nobécourt, Steiger. IX. Hamilton. X. Flemming. XI. Arneill, Fruitnight. XIII. 2. Camac, Fitzgerald, Johnston, Ollwig, Visser, Young. XIV. 1. Ullmann. XVIII. Nicolle. XIX. Kuiper.

3) *Krankheiten des Respirationsapparates (und des Mediastinum).*

Armstrong, Wm., Nasal treatment of asthma. Lancet May 13. p. 1324.

Ausset, E., Enorme caverne pulmonaire chez un nourrisson de 11 mois. Echo méd. du Nord III. 24.

Beco, Lucien, Recherches sur la fréquence des septicémies secondaires au cours des infections pulmonaires. Revue de Méd. XIX. 6. p. 461.

Berghinz, G., Sulla diplococcemia nella polmonite crupale. Clin. med. ital. XXXVIII. 5. p. 300. Maggio.

Boisson, A., Les anciens pleurétiques examinés aux rayons X. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 7. p. 30. Juillet.

Bosanquet, Wm. Cecil, 3 cases of chronic mediastinitis. Lancet July 1.

Brügelmann, W., Weitere Forschungeu über d. Wesen u. d. Behandl. d. Asthma. Therap. Monatsh. XIII. 4. p. 263.

Carrière, G., Sur la composition chimique et histologique des épanchements pleurétiques séro-fibrineux. Echo méd. du Nord III. 22.

Carrière, G., Le pouls hésitant et sa valeur pronostique dans la pneumonie franche lobaire aiguë. Gaz. hebd. XLVI. 50.

Carslaw, James, An unusual case of cardiopulmonary râle. Brit. med. Journ. July 8.

Chase, R. F., The local treatment of pneumonia in children. Boston med. and surg. Journ. CXL. 15. p. 348. April.

Dürig, Neue Medikamente b. Lungenerkrankungen. Ann. d. Krankenh. zu München p. 39.

Elsner, Henry L., Treatment of cardiac asthenia of pneumonia. Therap. Gaz. 3. S. XV. 6. p. 361. June.

Fish, Hamilton, Blood examinations in the diagnosis, prognosis and treatment of pneumonia. Medicine V. 6. p. 465. June.

Fisher, Theodore, Chronic mediastinitis. Lancet May 6. p. 1255.

Fossard, Pleurésie hémorrhagique unilatérale, de nature cancéreuse. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 287. Mars.

Gianni, G., Il transudato pleurico destro nelle cardiopatie e sua patogenesi. Policlin. VI. 9. p. 189.

Griffon, V., Analyse bactériologique de 2 cas de bronchite membraneuse, l'un aigu, l'autre tendant à la chronicité. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 281. Mars.

Hahn, Eugen, Ueber Chylothorax. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25.

Hall, F. De Havilland, Asthma in relation to diseases of the upper air passages. Lancet May 20. p. 1391.

Hamilton, P. J., Epidemic acute pneumonia. Brit. med. Journ. May 20. p. 1214.

Hare, H. A., The treatment of pneumonia. Therap. Gaz. 3. S. XV. 7. p. 445. July.

Homburger, Th., Ueber akuten infektiösen Katarrh d. obern Luftwege u. katarrhal. Pneumonie. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 4. p. 442.

Jehle, Ludwig, Ein Fall von Bronchiektasie. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 312.

Killian, Gustav, Ueber d. Leistungen d. direkten Bronchoskopie b. Fremdkörpern d. Lungen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 22.

King, Herbert Maxon, The prognosis of pneumonia in its relation to its etiology. Med. News LXXV. 2. p. 37. July.

Kockel, R., Ueber d. Kalkincrustation d. Lungengewebes. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 332.

Lépine, R., L'hépatisation pneumonique centrale est-elle une réalité? Revue de Méd. XIX. 5. p. 404.

Levy-Dorn u. Zadek, Zur Untersuchung mit Röntgenstrahlen b. Lungenechinococcus. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 20.

Oliver, Thomas, Double pneumonia in the sixth month of pregnancy; miscarriage; relapse; recovery. Lancet June 10.

Oliver, Thomas, On plastic or croupous bronchitis. Brit. med. Journ. July 8.

Patella, Vincenzo, e Giuseppe Lodoli, Della glucosuria alimentare sperimentale nelle pneumonite. Settimana med. LIII. 18. 19. 20.

Schlömicher, Zur Therapie d. genuinen Pneumonie. Mitth. d. Ver. d. Aerzte f. Steierm. 4.

Schmidt, Rudolf, Ueber einen Fall von Bronchitis fibrinosa chronica mit besond. Rücksichtnahme auf d. mikroskop. Sputumbild. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 11 u. 12.

Silvestrini e Sertoli, Sulla presenza del diplococco di *Fraenkel* nel sangue circolante degli pneumonici. Rif. med. XV. 116. 117.

Steiner, Zur Kenntniss d. kurz dauernden croupösen Pneumonien. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 525.

Stembo, L., Hydropneumothorax im Lichte d. Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 28.

Stoker, George, Notes on a case of acute pneumonia treated by continuous inhalation of oxygen gas. Lancet May 13. p. 1288.

Vierordt, Oswald, Ueber d. Natur u. Behandl. der Pneumokokkenempyeme. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 217.

Whitehead, E. J., Treatment of pneumonia. New York med. Record LVI. 2. p. 68. July.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Atkinson, Batzaroff, Beco, Fuchs, Kälble, Koepke, Podack, Pollmann, Rabé, Raviart. IV. 1. Abrams, Soulier; 2. *Lungentuberkulose,* Beco, Eshner, Gerhardt, Hodenpyl, Park; 4. Carslaw, Flexner, Varnali; 10. Antony; 11. Flockemann, Levy, Weber; 12. Goldenberg. V. 2. a. Morestin; 2. c. *Chirurgie der Lungen.* X. Fraenkel. XI. Armstrong, M'Bride, Molinié. XIII. 2. Parry, Sebring. XIV. 4. Mendelsohn. XVIII. Eber. XIX. Bresgen.

4) *Krankheiten des Cirkulationsapparates.*

Abbott, Maude E., On so-called functional heart murmurs. Montreal med. Journ. Jan.

Abrams, Albert, Measuring the intensity of the heart tones. Med. News LXXV. 2. p. 40. July.

Aguerre, J. A., Sur un cas d'endocardite à bacilles de *Koch* chez une tuberculeuse. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 434. Mai.

Allingham, Herbert W., Aneurysm of the subclavian artery; ligature of the first portion of the subclavian, followed in 38 days by removal of the aneurysm. Lancet June 3.

Ambler, J. R., 2 cases of aneurysm of the aorta. Brit. med. Journ. July 15. p. 143.

Babcock, Robert H., High altitude and heart disease. Med. News LXXV. 3. p. 68. July.

Bacaloglu, C., Thrombose de l'aorte abdominale; gangrène sèche du membre inférieur gauche. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 475. Mai.

Barbour, Philip F., Peculiarities in heart affections in children. Amer. Pract. and News XXVII. 12. p. 449. June.

Barnard, Harold L., The pathology of the pericardium. Lancet May 26. p. 1391.

Bonnet, Endocardite infectieuse avec dégénérescence vraie du myocarde. Lyon méd. XCI. p. 264. Juin.

Caley, H. A., Considerations as to the etiology and significance of dilated heart. Lancet June 3.

Campbell, Harry, The pathology of the pericardium. Lancet April 29. p. 1181, June 3. p. 1515.

Carrel, Alexis, Anévrysme artério-veineux (artère et veine fémorale) de la racine de la cuisse droite, datant de 13 ans; absence de troubles fonctionnels; tolérance à peu près parfaite de la lésion. Gaz. des Hôp. 51.

Carslaw, James, Case of acute infective endocarditis following pneumonia. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 371. May.

Cathcart, George, The pathology of the pericardium. Lancet June 10. p. 1580.

Chiari, H., Ueber d. selbständige Phlebitis obliterans d. Hauptstämme d. Venae hepaticae als Todesursache. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 1. p. 1.

Ciauri, Rosolino, Cardio-topometria, cardiovolumetria e cardio-statica (metodo del Prof. *Rummo*). Policlin. VI. 11. p. 237.

Colle, J., Palpitations de l'aorte abdominale. Echo méd. du Nord III. 25.

Crivelli, M., Observation d'un cas d'anévrysme de l'aorte thoracique developpé dans la fosse sous-scapulaire. Revue de Chir. XX. 6. p. 87.

Davis jun., N. S., Prognosis in chronic valvular affections of the heart. Med. News LXXIV. 24. p. 753. June.

Deléarde, A., Traitement de l'asystolie. Echo méd. du Nord III. 21.

Destot, Examen radioscopique des péricardites. Lyon méd. XCI. p. 85. Mai.

Deventer, J. van, en A. M. Benders, Aneurysma en ruptura cordis, in Meerenberg waargenomen. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 457.

Dickinson, W. Howship, On fragments of pathology and therapeutics. [Dilatation of the heart.] Lancet June 10.

Diemer, Fritz, Ueber Kalkablagerungen an den serösen Häuten des Herzens. Ztschr. f. Heilkde. XX. 4. p. 257.

Ebstein, Wilhelm, Beiträge zur klin. Geschichte der Endocarditis ulcerosa maligna. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 3 u. 4. p. 217.

English, W. T., Cardiaphobia, or heart fear. Med. News LXXIV. 17. p. 514. April.

Federn, S., Hämorrhoidalzustände u. Krankheitsdisposition. [Wien. Klin. XXV. 6; Juni.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 175—190. 75 Pf.

Ferrannini, Andrea, Un metodo cardio-topomegetometrico. Policlin. VI. 9. p. 206.

Finny, J. Magee, Cases of tachycardia. Dubl. Journ. CVIII. p. 1. July.

Flexner, Aneurism of the aorta, compressing and rupturing into left bronchus. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 97. May.

Futcher, Aneurisms. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 95. May.

Futcher, The *Schott* treatment of heart disease. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 96. May.

Gemmell, Samson, Case of malignant endocarditis. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 365. May.

Getchell, A. C., Bicycling in its relation to heart disease. Med. News LXXV. 2. p. 33. July.

Glen, David, The heart from a case of morbus caeruleus. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 413. June.

Goebel, Spontane Gangrän bei einem Kinde auf Grund einer Gefässkrankheit. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 184.

Goldenberg, B., Aneurysma aortae ascendentis et arcus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26.

Gordon, John, A case of spontaneous rupture of the heart. Brit. med. Journ. May 6.

Graanboom, J., Accidenteele hartgeruischen bij het kind. Nederl. Weekbl. I. 23.

Gräupner, Schonung u. Uebung d. Herzens, hauptsächl. unter Berücksicht. der Krankenpflege. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 4. p. 97.

Grawitz, F., Ueber das Zustandekommen von venösen Stauungen b. völlig compensirter Insufficienz d. Aortenklappen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 20.

Greco, Emilio, Il ritmo di galoppo nelle cardiopatie. Gazz. degli Osped. XX. 73.

Griffon, V., Volumineux anévrisme aortique thoraco-abdominal, sans hypertrophie du ventricule gauche. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 324. Mars.

Hankel, Ernst, Stichverletzung d. Aorta; traumat. Aneurysma; Tod 17 Tage nach d. Verletzung durch Erstickung. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 140.

Hasenfeld, Arthur, Ueber d. Entwicklung einer Herzhypertrophie b. d. Pyocyaneus-Endokarditis u. der dadurch verursachten Allgemeininfektion. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 763.

Hauser, Ueber scheinbare idiopath. Herzvergrösserung b. Kindern. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 27.

Hauser, Ein Fall von Stenocardia cordis b. Kinde. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 28.

Henry, Frederick P., A case of mitral stenosis with fever (non malarial) of relapsing type. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 61. July.

Hirsch, Carl, Ueber d. Beziehungen zwischen d. Herzmuskel u. d. Körpertemperatur u. über sein Verhalten bei Herzhypertrophie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 597.

His jun., W., Ein Fall von Adams-Stokes'scher Krankheit mit ungleichzeit. Schlagen d. Vorhöfe u. Herzkammern (Herzblock). Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 316.

Hoffmann, H., Zur operativen Behandlung der Aneurysmen. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 418.

Holsti, H., a) Insufficient hjärtverksamhet. — b) Aortavalvelaffektion. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 5. s. 695. 698.

Holsti, Dubbelsidig phlebit i vena iliaca. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 6. s. 795.

Huchard, Henri, Traitement des anévrismes aortiques. Bull. de Thér. CXXVII. 20. 21—24. p. 753. 833. 881. 913. Mai 30.—Juin 30., CXXXVIII. 1. p. 1. Juillet 8.

Hughes, W. E., Aneurism of the thoracic aorta. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. II. 7. p. 165. May.

Jürgensen, Theodor von, Krankheiten der Kreislaufsorgane. Insufficienz (Schwäche) des Herzens. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Hermann Nothnagel* XV. I. 1.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. VII u. 220 S. 6 Mk.

Kirchner, Die Lage der Herzspitze zur Brustwarzenlinie. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 4. p. 226.

Kisch, E. H., Zur Therapie d. Insufficienz d. Mastfettherzens. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 296.

Könige, Ein Fall von Verschluss d. Art. subclavia sin. u. ihrer Aeste. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 29.

Labit, Endocardite infectieuse à forme typhoïde;

mort. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 6. p. 424. Juin.

Lancereaux, L'aortite en plaques ou aortite paludéenne. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 27. p. 27. Juillet 4. — Gaz. des Hôp. 76.

Lange, J., Angeborne Herzfehler. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 244.

Legueu, F., et R. Meslay, Contusion artérielle et anévrysme traumatique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 470. Mai.

Lentz, Otto, Gutachten über einen Fall von traumat. Myokarditis u. adhäsiver Perikarditis. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 7. p. 209.

Litten, M., Ueber d. maligne (nicht sept.) Form d. Endocarditis rheumatica. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 28. 29.

Mariani, F., Aneurisma dell'arco aortico trattato col metodo di *Baccelli*. Gazz. degli Osped. XX. 61.

Matthews, W. R., and D. R. Moir, Case of acute (ulcerative) endocarditis giving a positive *Widal* reaction. Brit. med. Journ. June 24. p. 1535.

Merklen, Pierre, Sur une forme de myocardite chronique atrophique. Presse méd. VII. 53.

Merklen, Pierre, Du rôle de l'émotion dans l'asystolie; asystolie hépatique. Semaine méd. XIX. 31.

Mollard, J., et Cl. Regaud, Lésions du muscle cardiaque consécutives à la section des nerves vagues. Lyon méd. XCI. p. 217. Juin.

Morestin, H., Phlébite de la saphène externe, traitée par la résection du segment thrombosé. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 252. Mars.

Neilson, R. A., Case of rupture of the heart. Brit. med. Journ. July 15. p. 143.

Newton, Richard Cole, Traumatic ruptures of the heart. New York med. Record LV. 24. p. 864. June.

Nicaise, Victor, Anévryme circonférentiel disséquant de la crosse aortique, avec hémopéricarde consécutif. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 241. Mars.

Ortner, Norbert, Ueber peritonaeo-perikardiales oder pseudo-perikardiales Reiben. Wien. klin. Wchnschr. XII. 26.

Patrick, John, A case of thrombosis of the sigmoid sinus. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 443. June.

Poynton, F. J., Acute inflammation of the aorta, associated with profound myocardial disease. Lancet May 20.

Rabé, Persistance du conduit de Botal et embolies paradoxales. Gaz. hebd. XLVI. 35.

Ribbert, Ueber Myokarderkrankungen nach Diphtherie. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 1.

Rogers, Bertram M. H., A case of ulcerative endocarditis treated with antistreptococcic serum. Lancet June 10.

Rosenbach, O., Grundriss der Pathologie u. Therapie der Herzkrankheiten. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. VII u. 428 S.

Schatiloff, P., Ueber die verschiedenart. Formen der funktionellen Dissociationen des Herzens. Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 3 u. 4. p. 319.

Schnabl, Josef, Ein Fall von Herz- u. Gefässschmerzen. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 19.

Schnürer, Josef, Der physikal. Blutbefund in seiner Abhängigkeit von gesunden u. kranken Kreislaufsorganen. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 8 u. 9.

Schott, Ueber Behandl. chron. Herzkrankheiten im jugendl. Alter. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 17—20.

Scobie, Case of acute endocarditis. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 364. May.

Soulier, Souffles cardiaques par lésion orificielle. Lyon méd. XCII. p. 287. Juillet.

Steen, R. H., Rupture of the heart. Brit. med. Journ. May 13. p. 1154.

Steudel, H., Ueber Pulsveränderungen in Folge von Aortenaneurysmen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 20.

Steven, J. Lindsay, On 3 fatal cases of mitral stenosis illustrating various complications of the disease, and especially its relation to the occurrence of pregnancy. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 401. 438. June.

Stich, R., Aneurysma der Art. axillaris dextra; Hirnembolie; Nachblutung; Heilung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17.

Telgmann, J., Toxäm. Delirien bei Herzkranken. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19.

Trénel, Caillots fibrineux kystiques de l'aorte. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 242. Mars.

Villani, Giuseppe, Il raddopplamento del 2. tono nella stenosi mitralica. Policlin. VI. 9. 13. p. 215. 308.

Wade, Willoughby, On the treatment of abdominal palpitations. Brit. med. Journ. June 17.

Williams, Francis H., Small aneurism of the descending arch of the aorta, X-ray examination confirmed by autopsy. Boston med. and surg. Journ. CXL. 20. p. 469. May.

Williams, Francis H., Location of the right and left borders of the heart by distance from the median line. Boston med. and surg. Journ. CXL. 26. p. 633. June.

Wohrizek, Theodor, Ueber mechan. Behandl. von Herzaffektionen. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 20. 21.

Yeo, I. Burney, On cardiac strain in adolescence and in middle age. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 1. p. 11. July.

Zangger, Th. Findlater, On the danger of high altitudes for patients affected with arterio-sclerosis. Lancet June 17.

S. a. I. Bottazzi. II. *Anatomie u. Physiologie*. III. Mollard, Rolly, Streckeisen, Weber. IV. 1. Abrams, Soulier; 2. Cominotti, Edgeworth, Hallwachs, Mc Weeney, Pässler, Romberg, Sacquépée, Woollacott; 3. Brügelmann, Carslaw, Elsner, Gianni; 5. Battance; 7. Combemale; 8. Bikeles, Erb, Kompe, Schiötz, Stembo; 9. Chauffard, Grube; 11. Berg, Rendu, Weber. V. 1. Lennander; 2. a. Delanglade, Dörner, Ledermann, Marsh; 2. c. *Chirurgie des Herzens*, Coe; 2. e. Bardescu, Carrel, Collin, Grillot, Knox, Letulle, Meyer, Monks, Murray, Rasch, Southam. VI. Kisch. X. Bodon. XI. Thorén. XIII. 2. Addy, Broadbent, Jacobäus, Naunyn; 3. Ducceschi.

5) *Krankheiten des Digestionsapparates und der Milz.*

Albu, A., XVII. Congress f. innere Med. in Karlsbad vom 11.—14. April 1899. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 2. p. 238.

Apert et Monseaux, Rétrécissement cancéreux du pylore. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 392. Avril.

Arnold, Paul Albrecht, Ueber arterio-mesenterialen Darmverschluss an d. Duodeno-Jejunalgrenze u. seine ursächl. Bezieh. zu Magenerweiterung. Virchow's Arch. CLVI. 2. p. 285.

Bacaloglu, C., Cancer primitif de la vesicule biliaire. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 229. Mars.

Bacaloglu, C., Rétrécissement cancéreux du pylore; tétanie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 477. Mai.

Basch, Seymour, Beitrag zur Kenntniss d. gastr. Krisen. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 1. p. 29.

Battance, Hamilton A., A case of haemorrhagic infarction of the small intestine due to thrombosis of the superior mesenteric vein. Lancet July 8.

Battle, E. Wharmby, Oedema of the groin in acute peritonitis. Lancet July 22.

Bayer, Carl, Die Form d. Meteorismus als diagnost. Hülfsmittel. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 25. 26. 28.

Benedict, A. L., Treatment of ischochymia. Therap. Gaz. 3. S. XV. 5. p. 299. May.

Bernard, Henry, Epithélioma primitif de l'oesophage; cancer secondaire du coeur. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 253. Mars.

Bertelsmann, Wie entsteht d. Schmerz bei d. Gallensteinkolik? Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 25. 26.

Bichelonne et Petges, Hématémèse foudroyante; mort; autopsie; inutilité d'une intervention chirurgicale. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 6. p. 428. Juin.

Bouloumié, Quelques points d'étiologie et thérapeutique de la lithiase biliaire. Bull. de Thér. CXXXVIII. 1. p. 11. Juillet 8.

Brüchanow, N., Ueber d. Natur u. Genese d. cavernösen Hämangiome d. Leber. Ztschr. f. Heilkde. XX. 2 u. 3. p. 131.

Camerer jun., Leberabscess, hervorgerufen durch einen verschluckten Fremdkörper. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 20.

Cedercreutz, Axel, Ett fall af scirrhus valvulae Bauhini. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 6. s. 732.

Chauffard, A., Les hépatites d'origine splénique. Semaine méd. XIX. 23.

Coittier, E. J., L'avenir des appendiculaires. Revue de Mal. de l'Enf. XVII. p. 214. Mai.

Cornillon, Un cas d'obstruction du canal cholédoque par un calcul de cholestérine. Progrès méd. 3. S. IX. 20.

Croisier, Ulcère perforant de l'estomac. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 431. Mai.

Curschmann, H., Ueber eine eigenartige Form d. nekrotisirenden Hepatitis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 564.

Deanesly, E., A case of acute haemorrhagic pancreatitis simulating intestinal obstruction; necropsy. Lancet July 1. p. 26.

De Filippi, F., Recherches sur l'échange matériel des chiens opérés de fistule d'Eck. Contribution à l'étude de la physio-pathologie du foie. Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 211.

Deganello, Umberto, Ricerche sul ricambio materiale di una donna a cui fu asportato lo stomaco. Rif. med. XIV. 134. 135.

De Giovanni, A., Dispepsia nervosa con gastroptosi in emorroidario. Gazz. degli Osped. XX. 88.

Douglas, Carstairs, A case of acute yellow atrophy of the liver occurring during the eighth month of pregnancy, with some remarks on the etiology of the disease. Glasgow med. Journ. LII. 5. p. 381. May.

Eastes, Thomas, On acute abdominal lesions. Brit. med. Journ. July 22.

Easton, Frederick E., A case of cholecystitis, with stricture of the ductus choledochus. Med News LXXIV. 17. p. 526. April.

Edsall, D. L., A critical summary of recent literature on chronic continuous gastrosuccorrhoea. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 6. p. 693. June.

Ehrlich, Casuist. Beiträge zum Asthma dyspepticum. Arch. f. Verdauungskrankkh. V. 1. p. 126.

Eisele, Oscar, Beitrag zur Lehre von d. Fremdkörpern im menschl. Verdauungskanal. Ann. d. Krankenh. zu München p. 59.

Elsworth, R. C., Intestinal obstruction. Lancet May 27.

Favero, Ottorino, Contributo clinico allo studio dell'ittero infettivo. Gazz. degli Osped. XX. 73.

Fischer, O., Ueber einen Fall von akuter Pankreashämorrhagie. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 16.

Fringuet, Epidémie d'ictère chez les enfants. Presse méd. VII. 53.

Galliard, L., Maladies de l'intestin et du péritonée. Arch. gén. N. S. I. 6. p. 705. Juin.

Gallichi, Dario, Alcune considerazioni sopra un caso di cirrosi atrofica del fegato. Gazz. degli Osped. XX. 52.

Glénard, Frantz, La sensibilité du foie à la palpation. Presse méd. VII. 41.

Glénard, Frantz, Classification nosologique de l'hépatoptose (foie mobile). Lyon méd. XCI. p. 143. Juin.

Göppert, F., Ueber einen Fall von angeb. Abknickung d. Dickdarms in Rücksicht auf d. sogen. angeb. Dilatation u. Hypertrophie d. Colons. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 2. p. 175.

Grant, H. Horace, Etiology, diagnosis and treatment of hepatic abscess. Amer. Pract. and News XXVII. 12. p. 453. June.

Graser, Ernst, Ueber multiple falsche Darmdivertikel in d. Flexura sigmoidea. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 22.

Greco, Vincenzo, Cristalli di leucina in due casi di cirrosi epatica. Clin. med. ital. XXXVIII. 4. p. 230. Aprile.

Guéniot, Paul, Un nouveau cas de foie plissé par tassement d'origine constrictive. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 450. Mai.

Gundersen, Kr. H., Et tilfälde af Weils sygdom. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 14. S. 437.

Haig, Alexander, Plumbism and appendicitis. Lancet July 22. p. 238.

Hampeln, P., Uebor d. Beziehungen d. Magenfunduscarcinoms u. chron. Milzabscesses zu d. Erkrankungen d. linken subdiaphragmat. Gegend. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 79.

Henrichs, J., Recidiverende perityphlitis. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 7. S. 943.

Higgins, Frank A., A case of chronic intestinal obstruction. Boston med. and surg. Journ. CXL. 18. p. 426. May.

Huismans, L., Ein Fall von Oesophagitis et Perioesophagitis phlegmonosa. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17.

Ingelrans, Des rapports qui existent entre la coprostase et la fièvre. Echo méd. du Nord III. 30.

Ingianni, Giuseppe, Calcolo salivare. Gazz. degli Osped. XX. 67.

Joynt, H. Noble, Acute yellow atrophy of liver in Hindu coolies. Brit. med. Journ. July 8. p. 86.

Klecki, Ch. de, Contribution à la pathologie de l'appendicite. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 6. p. 480. Juin.

Klippel, M., et E. Lefas, Maladies du pancréas. Arch. gén. N. F. II. 1. p. 74. Juillet.

Knox, D. N., Intussusception cured without operation. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 1. July.

Kövesi, Géza, Untersuchungen aus d. Gebiete d. Magenpathologie. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 2. p. 190.

Leney, L., and Vaughan Harley, An experimental inquiry into the quantity of volatile acids in the stomach. Brit. med. Journ. May 27.

Leuk, Untersuchungen zur patholog. Anatomie d. menschl. Magens mit Berücksicht. d. prakt. Verwerthbarkeit anatom.-diagnosticirter Magenschleimhautstückchen. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 3 u. 4. p. 296.

Linossier, Maladies de l'estomac. Arch. gén. N. S. I. 5. p. 588. Mai.

Mafan, A. B., et Léon Bernard, De la transformation mucoïde des cellules glandulaires de l'intestin dans les gastro-entérites des nourissons. Presse méd. VII. 55.

Marischler, Jul., u. Eugen Ozarkiewicz, Stoffwechsel b. abnehmendem u. zunehmendem Ascites. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 2. p. 222.

Mathieu, Albert, Un cas de vomissements incoércibles. Gaz. des Hôp. 58.

Metzner, Zur Casuistik von Fremdkörpern im menschlichen Digestionstrakt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 5. p. 181.

Milian, 2 cas de cirrhose dyspeptique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 319. Mars.

Milian, G., Cirrhose hypertrophique de la rate. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 384. Avril.

Miller, J. Estill, Tuberculous peritonitis and cancer of the stomach occurring simultaneously in the same patient. New York med. Record LV. 17. p. 604. April.

Mircoli, S., L'attività della cute nella estrinsecazione clinica delle itterizie. Clin. med. ital. XXXVIII. 5. p. 312. Maggio.

Monthus, Cirrhose avec productions nodulaires et granulations tuberculeuses. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 474. Mai.

Morestin, H., Râtelier ayant parcouru sans accident le tube digestif. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 275. Mars.

Most, A., Ueber d. Lymphgefässe u. d. regionären Lymphdrüsen d. Magens in Rücksicht auf d. Verbreitung d. Magencarcinoms. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 175.

Nicolaysen, Lyder, Sommerdiarré og cholera nostras i Kjöbenhavn og Kristiania. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 9. s. 214.

Noack, Johann, Peritonäale Verwachsungen nach schweren Bauchquetschungen als Urs. andauernder schwerer Koliken u. hochgrad. Stuhlverstopfungen. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 641.

Oppenheim, R., et Ch. Laubry, La péritonite aiguë par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse. Arch. gén. N. S. I. 6. p. 641. Juin.

Osler, William, Chronic splenic enlargement with recurring gastro-intestinal haemorrhages. Edinb. med. Journ. N. S. V. 5. p. 441. May.

Ouchterlony, John A., Malignant disease of the sigmoid [flexure of the colon]. Amer. Pract. and News XXVII. 10. p. 369. May.

Oulmont, Paul, et Félix Ramond, Insuffisance hépatique au cours d'une fièvre ortiée. Presse méd. VII. 34.

Panichi, L., Il metodo del *Baccelli* nell'echinococco del fegato. Suppl. al Policlin. V. 31. p. 961.

Petrén, Karl, Om icterus etiologi och patogenes. Hygiea LXI. 6. s. 712.

Petruschky, J., Zur Diagnose u. Therapie d. primären Ulcus ventriculi tuberculosum. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 24.

Plicque, A. F., La dyspepsie des liquides et le vin dans les dyspepsies. Presse méd. VII. 57.

Pollatschek, A., Die frühzeitige Erkennung der Gallensteine. Ungar. med. Presse IV. 18.

Porter, William Henry, a) Intestinal indigestion, with imperfect hepatic action. — b) Sclerosis of the liver. Post-Graduate XIV. 5. p.352. 377. May.

Rasumowsky, J., Apoplexia pancreatis. Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 565.

Reimann, Heinrich, Cirrhosis hepatis im Gefolge von chron. intestinaler Autointoxikation. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 266.

Remy et G. Bouvet, Epithéliome cylindrique de l'S iliaque; obstruction complète par un corps étranger. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 344. Avril.

Riedel, Zur Debatte über d. Gallensteinfrage in Düsseldorf, nebst Bemerkungen über d. schleichende Infektion d. Gallengangsystems nach Abgang von Steinen per vias naturales. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 4. p. 565. 602. Nebst Schlusswort von *B. Naunyn*.

Rolleston, H. D., On secondary melanotic sarcoma of the liver. Lancet May 13.

Rose, Achilles, Some remarks on gastric ulcer, especially on its cicatrization. Post-Graduate XIV. 7. p. 548. July.

Rosenthal. G., Des difficultés que présente parfois le diagnostic du cancer de l'estomac. Gaz. hebd. XLVI. 37.

Rummo, Un caso di cisti da echinococco del fegato suppurata a decorso insolito, in un malarico. Rif. med. XV. 100.

Sacquépée, E., Kystes hydatiques du foie dégénérés; mort par septicémie intercurrente. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 264. Mars.

Sacquépée, E., Hémorrhagie abdominale d'origine intra-hépatique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 444. Mai.

Sacquépée, E., Cancer de l'estomac; carcinose secondaire localisée au péritoine. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 483. Mai.

Schachner, August, Peritonitis from a clinical standpoint. Amer. Pract. and News XXVII. 36. p. 459. June.

Schmolling, Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 5. p. 281.

Schroth, Otto, Untersuchungen über d. Stickstoffausscheidung nach Magenblutungen. Ann. d. Krankenh. zu München p. 144.

Schütz, R., Ueber Verstopfung u. Durchfall. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 26. 28.

Schwörer, R., Ein Fall von spindelförmiger Erweiterung der Speiseröhre. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 25.

Senna, Felice, Epatite purulenta da colelitiasi. Gazz. degli Osped. XX. 61.

Silvestri, T., L'enterocolite strepto-colibacillare. Gazz. degli Osped. XX. 76.

Souligous, Ch., Occlusion intestinale par volvulus consécutif à des adhérences dues à une appendicite ancienne. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 364. Avril.

Sprengel, Occlusion; Peritonitis; peritonäale Blutung. Deutsche Aerzteztg. 4. p. 73.

Starck, Hugo, Ein *Zenker*'sches Pulsionsdivertikel, combinirt mit intrathorac. Tumor. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 24. 25.

Stein, Emil, Darmblutungen bei Lebercirrhose. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 1. p. 76.

Stein, Richard, Erfahrungen über Appendicitis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. 28.

Stengel, Alfred, Colloid carcinoma of the stomach, peritoneum and liver. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. II. 7. p. 167. May.

Sternberg, Karl, Zur Verwerthbarkeit d. *Boas*'schen Milchsäurebacillen f. d. Diagnose d. Magencarcinoms. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 41.

Stiller, B., Die Lehre von d. Enteroptosis u. d. nervösen Dyspepsie auf Grund des Rippenphänomens. Ungar. med. Presse IV. 15. 16.

Stoltz, Albert, Ueber einen Fall von Pyloruscarcinom mit continuirl. Magensaftfluss b. stark verminderter Salzsäuresekretion. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 3 u. 4. p. 282.

Stone, Arthur K., The abdominal bandage in the treatment of enteroptosis. Boston med. and surg. Journ. CXL. 19. p. 448. May.

Strauss, H., Einige praktisch wichtige Fragen aus d. Capitel d. Gastroptose. [Berl. Klin. Heft 131.] Berlin. Fischer's med. Buchhandl. 8. 30 S. 1 Mk. 20 Pf.

Thiem, C., Ein durch Unfall herbeigeführtes Magengeschwür. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 5. p. 154.

Thudichum, J. L. W., Ueber d. chem. Process d. Gallensteinkrankheit b. Menschen u. in Thieren. Virchow's Arch. CLVI. 2. p. 384.

Tripier, R., et Paviot, Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire. Arch. gén. N. S. II. 1. p. 1. Juillet.

Troller, Jul., Zur Pepsinfrage b. Achylia gastrica. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 2. p. 151.

Tuchendler, Anton, Zur Diagnostik von Motilitätsstörungen u. Ulcerationsprocessen d. Magens. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 24.

Ullmann, Emmerich, Ueber d. Perforation d. Gallenblase in d. Bauchhöhle. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 25. 26.

Wegele, Carl, Die Therapie d. Ulcus ventriculi u. seiner Folgezustände vom internen u. chirurg. Standpunkte. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 21. 22.

Westphalen, H., Ein weiterer Fall von diffuser idiopath. Oesophagusdilatation. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 1. p. 106.

Whitby, C. J., Non-fatal perforation in a case of gastric ulcer; haematemesis; transfusion. Lancet June 24.

Wolf, Henry J., Erfahrungen über Appendicitis. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 6. p. 275.

Yeo, J. Burney, On the treatment of chronic diarrhoea. Lancet July 22.

Zenetz, M. K., Zur Diagnose d. Krebses d. Verdauungsorgane. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 21.

Zoja, Luigi, Su alcuni criteri clinici per la diagnosi di tumore della testa des pancreas. Policlin. VI. 13. p. 319.

S. a. I. Kowarsky, Nencki, Salkowski, Seegen, Siringo, Weinland, Zdarek. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bezançon, Carrière, Jakoby, Jarotzky, Lardennois, Lloyd, Macaigne, Marfan, Marshall, Martinelli, Pollmann, Salomon, Zahn. IV. 2. Cardarelli, Celli, Dukes, Fullerton, Huchard, Orton, Ross, Ryska; 6. Apert, Estrabaut, Lefas, Petyt; 8. Belcher, Carosi, Fleiner, Gurney, Howard, Ossipow, Sympson, Thorne; 9. Harris, Sequeira; 11. Balzer, Bruhns, Cushing, Lisanti; 12. Goldenberg. V. 2. a. Butler; 2. c. *Chirurgie der Verdauungsorgane.* VI. Chrobak. VII. Barth. VIII. Chapin, Escherich, Fischer, Fischl, Gregor, Horn, Keller, Lesage, Nobécourt, Northrup, d'Orlandi, Steiger. X. Theobald. XIII. 2. Apert, Austin, Blondet, Escherich, Flatow, Mosso, Renaut, Rosenheim, Siegert; 3. Lanz, Levin. XIV. 1. Latkowski; 4. Ziarko. XVIII. Petit.

6) *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren und der männlichen Genitalien, ausschliesslich der Syphilis.*

Apert, E., et Millon, Pyélo-néphrite purulente; ulcérations intestinales de la terminaison de l'iléon. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 465. Mai.

Eichhorst, Hermann, Tödtl. akute Nephritis in Folge von Vergiftung mit Sauerampfer. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 28.

Elliott, Arthur R., Some remarks on chronic Bright's disease. New York med. Record LVI. 3. p. 79. July.

Estrabaut, Pyonéphrose droite et obstruction intestinale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 354. Avril.

Harbitz, Francis, Om nyre- og binyresvulster fornemmelig om de saakaldie hypernefromer. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 5. s. 521; vgl. a. 6. Forh. s. 53.

Henoch, E., Zur Therapie d. Wanderniere. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 6. p. 241.

Holst, Peter F., Om hämorrhagisk nefrit som uttryk for almeninfektion. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 7. s. 825.

Kolischer, Gustavus, Floating kidney with intermittent hydronephrosis. Medicine V. 7. p. 559. July.

Lefas, E., Lesions du pancréas dans les néphrites. Presse méd. VII. 51.

Lennox, Levi J., Contracted kidney. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 165. April.

Martin, Charles F., Ueber d. Ausscheidungsverhältniss d. Alloxurkörper b. Nephritis. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 24.

Müller, Emil, Et Tilfälde af Nyretuberkulose. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 23.

Nicholls, Albert G., A contribution to the study of Bright's disease with special reference to the etiological relationship of the bacillus coli. Montreal med. Journ. March.

Noorden, C. v., Zur Behandl. d. chron. Nierenkrankheiten. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 6. p. 243.

Pel, P. K., De erfelijkheid der chronische nephritis. Nederl. Weekbl. I. 23.

Petyt, Allan I., Haemorrhage from the bowels in a case of granular kidney. Brit. med. Journ. April 29. p. 1025.

Pick, Alois, Ueber d. Einfluss d. Ernährung auf d. Eiweissausscheidung b. d. chron. Nephritis. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 22.

Plicque, A. F., La néphrite aiguë. Presse méd. VII. 36.

Quensel, Ulrik, Om maligna njurtumörer. Hygiea LXI. 5. s. 578.

Richter, Paul Friedrich, u. Wilh. Roth, Experimentelle Beiträge zur Frage d. Niereninsufficienz. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 30.

Rothschild, Alfred, Experim. Untersuchungen über d. Grenzen d. cystoskop. Diagnose renaler Pyurien u. Hämaturien. Centr.-Bl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. X. 5. p. 227.

Schnürer, Josef, Die primäre Nierentuberkulose. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 12. 13. 14.

Sergent, E., et L. Bernard, Sur un syndrome clinique non addisonien, à évolution aiguë, lié à l'insuffisance capsulaire. Arch. gén. N. S. II. 1. p. 27. Juillet.

Sheen, A. William, A case of misplaced misshapen kidney. Brit. med. Journ. June 10. p. 1395.

Stokvis, B. J., Over melanurie. Nederl. Weekbl. II. 3.

Tirard, Nestor, The treatment of renal dropsy. Edinb. med. Journ. N. S. V. 6. p. 545. June.

Warburg, F., Ueber Bakteriurie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 29.

Workman, Preparations from a case of cystic transformation of the kidneys. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 379. May.

Wright and Judson Bury, A case of hydronephrosis. Lancet July 22. p. 215.

S. a. I. *Harnuntersuchung.* II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Jeanbrau, Lloyd, Seelig, Wilms. IV. 2. Köppen; 7. Chancel; 8. Fontana, Ossipow; 10. Lépine; 11. Berg, Cumston. V. 2. d. *Chirurgie d. Harn- u. männl. Geschlechtsorgane.* VI. Frank. XI. Struppler. XIII. 2. Czyhlarz, Salinger.

7) *Krankheiten der Bewegungsorgane.*

Chancel, Hémoglobinurie au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Echo méd. du Nord III. 22.

Combemale et Hérin, Phlébite prodromique d'un rhumatisme articulaire aigu. Gaz. hebd. XLVI. 46.

Duvivier, Erythème polymorphe au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Echo méd. du Nord III. 27.

Ewart, Wm., Acute rheumatism treated surgically. Lancet July 22. p. 237.

Harris, L., Caput obstipum musculare. Medicine V. 7. p. 570. July.

Milian, G., Forme myélopathique du blenno-rhumatisme. Presse méd. VII. 34.

O'Connor, J., 2 cases of acute rheumatism treated surgically. Lancet July 8. p. 93.

Petit, Raymond, et Urbain Guinard, 2 cas de tuberculose musculaire. Gaz. hebd. XLVI. 43.

Porter, William Henry, Rheumatism. Post-Graduate XIV. 5. p. 388. May.

Přibram, Alfred, Der akute Gelenkrheumatismus (Rheumatismus articularis acutus). [Spec. Pathol. u. Ther., herausg. von *Herm. Nothnagel.* V. 1.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. XI u. 574 S. 13 Mk. 60 Pf.

Přibram, Alfred, Die Hydrotherapie d. akuten Gelenkrheumatismus. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 7.

Reynier, Les ostéomes musculaires. Presse méd. VII. 47.

Robertson, Alex., A case of torticollis. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 437. June.

Schlesinger, Hermann, Zur Lehre von der hämorrhag. Myositis. Wien. klin. Rundschau 27.

Senator, H., Ueber einige Muskelerkrankungen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 29.

Weisz, E., Giebt es eine klinisch selbständige Arthritis deformans? Ungar. med. Presse IV. 17.

Westphal; Wassermann; Malkoff, Ueber d. infektiösen Charakter u. d. Zusammenhang von akutem Gelenkrheumatismus u. Chorea. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 29.

Wetzel, Abscess im Musc. sternocleidomastoideus. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 22.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 4. Litten; 8. *Neurotische Muskelerkrankungen*, Maragliano, Mircoli, Rothmann; 9. Aldrich, Maréchal; 11. Schuster, Wetzel. V. 2. a. Seggel; 2. e. Boinet, Duplay, Thorn. XIII. 2. Plósz.

8) *Krankheiten des Nervensystems.*

Adamkiewicz, A., Ueber traumat. Tabes. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 23. 24.

Adler, Arthur, Die Symptomatologie d. Kleinhirnerkrankungen. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. II u. 70 S. 2 Mk.

Aikman, J., and A. Webster, Notes upon a case in which psychical influence appeared to affect the development of organic disease in the presence of heredity and environment. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 49. July.

Amat, Ch., L'épilepsie essentielle et son traitement par la sympathicectomie. Bull. de Thér. CXXXVII. 18. p. 678. Mai 15.

Anton, G., Ueber d. Selbstwahrnehmung d. Herderkrankungen d. Gehirns durch d. Kranken b. Rindentaubheit. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 86.

Arneill, James R., A case of tetany. Med. News LXXIV. 16. p. 492. April.

Arnheim, G., Zur Casuistik d. Kleinhirntumoren. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 62.

Ast, Fritz, Ueber 2 Fälle von Tetanie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 193.

Astruc, Albert, La paralysie faciale hystérique, en particulier chez l'enfant. Revue d'Obstétr. XII. p. 188. Juin.

Ausset, E., Sur un cas d'ophthalmoplégie nucléaire progressive. Echo méd. du Nord III. 21. — Belg. méd. VI. 22. p. 675.

Bailey, Pearce, Cases of partial spinal cord injury. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 4. p. 236. April.

Bechterew, W. v., Ueber unwillkürl. Harnabgang b. Lachen. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 10.

Belcher, H. E., Obstinate hiccough. Brit. med. Journ. June 3. p. 1332.

Belilios, David A., A case of cerebro-spinal meningitis without fever or retraction of neck. Lancet July 15. p. 156.

Berdach, Carl, Hysterie b. Schulkindern. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 27.

Berend, M., Ein Fall von symmetr. Gangrän (Raynaud'sche Krankheit) b. einem Kinde. Ungar. med. Presse IV. 23 u. 24.

Bernheimer, St., Zur Lehre von d. Augenmuskellähmungen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 463.

Bikeles, G., Thrombose d. Art. cerebri anterior. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 10.

Binswanger, Otto, Die Epilepsie. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Herm. Nothnagel.* XII. I. 1.] Wien. Alfred Hölder. VI u. 502 S. 11 Mk.

Binswanger, Zur Casuistik d. Agraphie. Ztschr. f. Hypnot. IX. 2. p. 85.

Boeri, Giovanni, Sul fenomeno di Babinski (phénomène des orteils). Rif. med. XV. 146—148.

Boinet, Sur quelques variétés d'hémorrhagies méningées. Gaz. des Hôp. 45. 46. — Revue neurol. VII. 8. p. 273.

Boinet, Un cas de paralysie de Landry. Gaz. des Hôp. 50.

Boinet, Méningite en plaques avec paralysie complète et anesthésie des membres supérieur et inférieur droits; convulsions cloniques passagères. Gaz. Hôp. des 60.

Boinet, 4 observations de tremblement. Revue neurol. VII. 12. p. 443.

Bókai, Johann von, Beiträge zur Kenntniss des angeb. Hydrocephalus externus. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 280.

Booth, J. Arthur, An epileptic patient without an attack for 4 years. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 370. June.

Borgen, Akut myelit. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 5. Forh. S. 39.

Boston, L. Napoleon, Etiology and frequency of sporadic purulent meningitis. Med. News LXXIV. 20. p. 616. May.

Bourdillon, Ph., Respiration de *Cheyne-Stokes* pendant le sommeil chez un enfant choréique. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 7. p. 471. Juillet.

Bourdin, V., Pachyméningite hémorragique ayant simulé une paralysie générale. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 1. p. 34. Juillet—Août.

Bradbury, John Buckley, On some points connected with sleep, sleeplessness and hypnotics. Lancet June 24, July 1. 8. 15. — Brit. med. Journ. June 24, July 1. 8. 15.

Bramwell, Byrom, On the localisation of intracranial tumours. Brain XXII. 1. p. 1.

Bramwell, Byrom, On „crossed" aphasia and the factors which go to determine wheter the leading or driving speech-centres shall be located in the left or in the right hemisphere of the brain. Lancet June 3.

Bramwell, J. Milne, Hypnotism. Brain XXII. 1. p. 141.

Brasch, F., Hohe Querschnittsdurchtrennung d. Rückenmarks mit dauernd aufgehobenen Patellarreflexen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 23. Beil.

Bratz, Alkohol u. Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 3. p. 334.

Brissaud, E., La métamérie dans les trophonévroses. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 2. p. 69. Mars—Avril.

Brissaud, E., et P. Lereboullet, L'incontinence d'urine chez les hystériques. Gaz. hebd. XLVI. 35.

Brissaud, E., Claudication intermittente douloureuse. Presse méd. VII. 56.

Brown, J. J. Graham, Notes on the treatment of diseases of the nervous system. Scott. med. and surg. Journ. p. 385. Mai.

Brown, Sanger, Devious manifestations of epilepsy. New York med. Record LV. 17. p. 596. April.

Bruce, Alexander, The localisation and symptoms of disease of the cerebellum considered in relation to its anatomical connections. Brit. med. Journ. May 6.

Bruns, L., Ueber einen Fall von diffuser Sklerodermie d. Beine mit scharfer, spinal segmentärer Abgrenzung nach oben. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Bruns, L., Neuere Arbeiten über Unfallsnervenkrankheiten. Schmidt's Jahrbb. CCLXIII. p. 19.

Bryant, J. A., Functional tremor closely simulating paralysis agitans, following typhoid fever. Brain XXII. 1. p. 159.

Buchholz, Ueber einen Fall syphilit. Erkrankung d. Centralnervensystems. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 1.

Bülow-Hansen u. Harbitz, Beitrag zur Lehre von d. akuten Poliomyelitis. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 517.

Bull, O. B., Neuritis og stasepapill (Diskussion). Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 7. Forh. S. 66.

Bullard, W. N., The classification of epileptics. Boston med. and surg. Journ. CXL. 14. p. 321. April.

Burr, Charles W., The diagnosis of nervous syphilis. Univers. med. Mag. XI. 10. p. 573. July.

Buzzard, Thomas, Remarks on the differential diagnosis of insular sclerosis from hysteria. Brit. med. Journ. May 6.

Cahen, Un cas de fulguration; mort apparente; traitement immédiat; guérison. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 7. p. 47. Juillet.

Caley, H. A., Cases with symptoms of syringomyelia with sudden increase followed by rapid diminution in intensity. Brain XXII. 1. p. 158.

Cantù, Vittorio, Paralisi facciale completa d'origine centrale. Gazz. degli Osped. XX. 76.

Carosi, Augusto, Un caso di singhiozzo isterico guarito al seguito dell'intervento chirurgico. Gazz. degli Osped. XX. 85.

Cassirer, R., Ein Fall von multipler Hirnnervenlähmung. Zugleich als Beitr. zur Lehre d. Geschmacksinnervation. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 36.

Cestan, R., De la myélite traumatique dorsale avec suppression des réflexes rotuliens, par fracture de la colonne vertébrale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 261. Mars.

Cestan, Sur l'évolution dans le cours du tabes de l'hémiplégie permanente de cause cérébrale. Progrès méd. 3. S. IX. 23.

Chauffard et Griffon, Hypertrophie pseudo-acromégalique segmentaire de tout un membre supérieur avec troubles syringo-myéliques ayant la même topographie. Revue neurol. VII. 9. p. 318.

Chipault et Berezowski, La dure-mère considérée comme un organ ossificateur. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 16. p. 448. Avril 18.

Ciauri, R., Su alcune forme anomale di sclerosi a piastre disseminate. Rif. med. XV. 97.

Clark, L. Pierce, Temporary (exhaustive) paralysis in epilepsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 375. June.

Cohn, Martin, Ueber d. Bedeutung d. Zehenreflexe. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 13.

Collier, James, An investigation upon the plantar reflex, with reference to the significance of its variations under pathological conditions, including an inquiry into the etiology of acquired pes cavus. Brain XXII. 1. p. 71.

Collins, Joseph, Brain of a case of sensory aphasie. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 4. p. 237. April.

Collins, Joseph, Remarks on 2 cases of cerebral tumor. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 374. June.

Collins, Joseph, and I. Abrahamson, The etiology and treatment of chorea. Post-Graduate XIV. 6. p. 448. June.

Colman, W. S., A case of syringomyelia. Lancet May 6.

Combemale, Maladie de Parkinson et épilepsie chez le même sujet; rapports des 2 affections. Echo méd. du Nord III. 20.

Conner, Lewis A., A contribution to the study of cerebro-spinal meningitis. Med. News LXXIV. 22. p. 685. June.

Courtney, J. W., Traumatic cerebral oedema. Boston med. and surg. Journ. CXL. 16. 17. p. 373. 397. April.

Couvelaire, A., et O. Crouzon, A propos de la chorée variable de *Brissaud;* 3 observations de chorée. Revue neurol. VII. 11. p. 399.

Coyon et Cestan, Monoplégie du bras droit par tumeur cérébrale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 260. Mars.

Crookshank, F. Graham, Asthma sexualis and its occurrence in the insane. Edinb. med. Journ. N. S. V. 6. p. 588. June.

Dana, Charles L., Subacute ataxic paralysis and combined sclerosis. A form of spinal disease, associated with lethal anaemia and toxaemia. New York med. Record LV. 25. p. 897. June.

De Bruin, J., Eenige gevallen van meningitis cerebrospinalis bij kinderem. Nederl. Weekbl. I. 23.

De Buck, D., L'importance du clonus du pied dans le diagnostic de la paraplégie hystérique. Belg. méd. VI. 18. p. 545.

De Buck, D., A propos d'un cas de tabes cervical. Belg. méd. VI. 29. p. 65.

De Buck et De Moor, Un cas de maladie de Parkinson. Belg. méd. VI. 27. p. 7.

Dejerine, De l'hémianesthésie d'origine cérébrale. Semaine méd. XIX. 32.

De Renzi, E., Morbo di Parkinson. Rif. med. XV. 102.

De Renzi, E., Sclerosi a placche. Gazz. degli Osped. XX. 55.

Dide et G. A. Weill, Lésion en foyer de la capsule interne; paralysie laryngée; syndrome de Weber. Presse méd. VII. 55.

Dieckhoff, Allgemeines u. Specielles über d. Behandlung d. Hysterischen. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 10. 11. p. 313. 358.

Dinkler, M., Ueber akute cerebrale Ataxie. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 12.

Dippe, H., Ein Fall von „hyster. Fieber“. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 212.

Dreher, Untersuchung einiger Fälle von tuberkulöser u. eines Falles von eitriger Meningitis unter besond. Berücksicht. d. Ventrikelependyms, d. Hirnnerven u. d. Rückenmarks. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 1 u. 2. p. 58.

Ebbell, B., Beri-beri, Landry's paralyse, akut polymyosit, multipel neurit. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 5. S. 629.

Ebner von Eschenbach, Wilhelm, Cerebellare Ataxie nach Meningitis cerebrospinalis. Ann. d. Krankenh. zu München p. 164.

Erb, W., Ueber Bedeutung u. prakt. Werth d. Prüfung d. Fussarterien b. gewissen, anscheinend nervösen Erkrankungen. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 4. p. 505.

Escat, Zona pharyngien symétrique chez un tabétique. Gaz. des Hôp. 76.

Etienne, G., Troubles trophiques osseux et articulaires chez un homme atteint d'atrophie musculaire myélopathique. Revue de Méd. XX. 7. p. 552.

Fayolle, Sur un cas d'ataxie cérébelleuse probable. Lyon méd. XCII. p. 294. Juillet.

Féré, Ch., La faim-valle épileptique. Revue de Méd. XX. 7. p. 497.

Féré, Ch., La méralgie paresthésique. Belg. méd. VI. 30. p. 97.

Fischl, Rudolf, Zur Kenntniss d. Encephalitis b. Säuglinge. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 110.

Flatau, G., Zur Casuistik d. akuten, nicht eitrigen Encephalitis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 18.

Fleiner, Wilhelm, Zur Frage d. Tetanie b. Magendilatation. Nebst Erwiderung von *A. Albu.* Arch. f. Verdauungskrankh. V. 1. p. 119. 123.

Fontana, Mario, Polineurite uremica consecutiva a nefrite cronica interstiziale. Gazz. degli Osped. XX. 67.

Fraenkel, Joseph, Syphilis u. Gesichtslähmung. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 4. p. 159. April.

Fraenkel, Joseph, Sensori-motor palsies of the musculature of the face. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 5. p. 302. May.

Frenkel, Die Veränderungen d. Haut b. Paralysis agitans. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 423.

Frenkel, Bemerkungen zur Uebungstherapie d. tab. Ataxie. Therap. Monatsh. XIII. 7. p. 357.

Fuchs, Philipp, Ueber postdiphtherit. Posticuslähmung. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 157.

Fuchs, Theodor, Ueber Pathologie u. Therapie d. Gelenkneuralgien. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 11. p. 433.

Garrè, C., Ueber Nervenregeneration nach Exstirpation d. Ganglion Gasseri als Ursache recidivirender Trigeminusneuralgie. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 379.

Gehuchten, A. van, Les différentes formes de paraplégie dues à la compression de la moelle épinière et leur physiologie pathologique. Presse méd. VII. 37.

Gelpke, Th., Zur Casuistik d. einseit. homonymen Hemianopsie cortikalen Ursprungs mit eigenart. Störungen in d. sehenden Gesichtsfeldhälften. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 116.

Gentin, Des rapports de la chorée avec la menstruation et la puerpéralité. Revue d'Obstétr. XII. p. 172. Juin.

Gerlier, Le vertige paralysant. Arch. gén. N. S. I. 5. 6. p. 522. 674. Mai, Juin.

Gessler, Hermann, a) Ein Fall von Tumor d. Vierhügel (solitärer Tuberkel). — b) Ein Fall von Kleinhirntumor. — c) Nervendehnung b. Thomsen'scher Krankheit. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 18. 19.

Gilles de la Tourette, La maladie des tics convulsifs. Semaine méd. XIX. 20.

Gilles de la Tourette et Durante, Un cas de syphilis héréditaire de la moelle avec autopsie. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 2. p. 95. Mars—Avril.

Gnesda, Max, Beitrag zur Lehre des spinalen Oedems u. d. Arthropathien b. Syringomyelie. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 733.

Goodhart, S. P., Psychopathologie u. Neurologie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 333.

Goodliffe, John H., A case of cysticercus cellulosae. Lancet May 13.

Gordinier, Hermon C., A case of brain tumor at the base of the second left frontal convolution. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 5. p. 526. May.

Gräupner, Die Balneotherapie der Tabes u. der Uebungstherapie b. d. Ataxiebehandlung, ein Beitrag zur Tabeslehre. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 39. 40. 41. — Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 19.

Grasset, Un cas de tremblement ségmentaire dans la sclérose en plaques. Revue neurol. VII. 8. p. 270.

Graupner, Ueber hereditären Tremor. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 466.

Grohmann, A., Technisches u. Psycholog. in d. Beschäftigung von Nervenkranken. Mit einem Vorworte von *P. J. Möbius* u. *Wildermuth*. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. XI u. 78 S. 2 Mk.

Grotjahn, Die Aetiologie in d. Nervenheilkunde. Randglossen zu *P. J. Möbius'* Eintheilung d. Krankheiten. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 385. July.

Guidorossi, Attilio, e Pietro Guizzetti, Per la presenza di stafilococchi nella corea del Sydenham. Rif. med. XV. 163.

Gurney, Harold, Obstinate hiccough. Brit. med. Journ. April 29. p. 1024.

Gutzmann, H., Ueber Sprachstörungen in der ärztl. Praxis. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 6. p. 249.

Hance, Irwin H., Hydrotherapy in the treatment of insomnia. Therap. Gaz. 3. S. XV. 7. p. 435. July.

Harris, Wilfred, Haematomyelia. Brain XXII. 1. p. 159.

Haskovec, Ladisl., A propos de l'histoire de la question de la dissociation syringomyélique dans la myélite transverse. Revue neurol. VII. 12. p. 446.

Heldenbergh, C., Myoclonus fonctionnel intermittent et paradoxal. Belg. méd. VI. 24. 25. p. 739. 769.

Henkel, Friedrich, Ueber Polioencephalitis mit Ausgang in Porencephalie. Ann. d. Krankenh. zu München p. 127.

Henry, John Norman, A case of pure psychical epilepsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 362. June.

Hensen, H., Ueber Cysticerken im 4. Ventrikel. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 635.

Hermanides, S. R., Een geval van hemiatrophia congenita. Psychiatr. en neurol. Bl. 2. blz. 109.

Herrick, James B., Concerning *Kernig's* sign in meningitis. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 35. July.

Heubner, O., Abnormes Wachsthum bes. d. Genitalien b. einem 4jähr. Knaben mit d. Sektionsbefunde eines Tumors d. Glandula pinealis. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 182.

Hilger, W., Zur Casuistik d. hypnot. Behandlung d. Epilepsie. Ztschr. f. Hypnot. IX. 1. p. 47.

Hirsch, William, On the relations of infantile spinal paralysis to spinal diseases of later life. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 5. p. 269. May.

Hirschfeld, Hans, Ein Fall von troph. Störung d. Haut, d. Nägel u. Knochen eines Fusses nach Nervenverletzung. Fortschr. d. Med. XVII. 18. 21. p. 441. 508.

Hirschlaff, Leo, Krit. Bemerkungen über den gegenwärt. Stand d. Lehre vom Hypnotismus. Ztschr. f. Hypnot. IX. 2. p. 65.

Holsti, Tumör i fovea media cranii. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 6. s. 793.

Homén, A. E., Bidrag till syphilis-tabes-frågan. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 5. s. 654. — Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 10.

Howard jr., W. T., Acute fibrino-purulent cerebrospinal meningitis, ependymitis, abscesses of the cerebrum, gas-cysts of the cerebrum, cerebro-spinal exsudation, and of the liver, due to the bacillus aërogenes capsulatus. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 97. p. 66. April.

Huchzermeyer, 2 Fälle von tab. Spontanluxation d. Hüftgelenks. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 263. Mai.

Hudson, W. H., Respiratory failure occurring before circulatory failure in brain injury and diseases, and its clinical bearing. New York med. Record LV. 23. p. 723. June.

Hudson, W. H.; Llewellys F. Barker, and Simon Flexner, A case of glioma of the lower cervical region of the spinal cord producing a total transverse lesion, in which there was spasticity of the lower limbs and persistence of the deep reflexes. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 6. p. 648. June.

Hymanson, A., A case of acromegaly. New York med. Record LVI. 1. p. 14. July.

Jacobsohn, L., Ueber Veränderungen im Rückenmark nach peripher. Lähmung, zugleich ein Beitrag zur Lokalisation des Centrum ciliospinale u. zur Pathologie d. Tabes dorsalis. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 3 u. 4. p. 228.

Jacoby, George W., Alcoholic neuritis in a child. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 369. June.

James, Philip, A case of traumatic epilepsy following a compound fracture of the skull sustained 11 years previously. Lancet July 22.

Japha, A., Ein Fall von Rückenmarkssyphilis mit Höhlenbildung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19.

Jaunin, P., Jodisme constitutionnel, thyroïdisme et maladie de Basedow. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 301. Mai.

Jelgersma, G., Der Fall „*Zingerle*“ von Balkenmangel im Grosshirn. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 330.

Jelgersma, G., Sanatoria voor zenuwzieken. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 150.

Jelliffe, Smith Ely, Clinical notes on a case of

syringomyelia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 4. p. 227. April.

Ingelrans, L., Paralysie spinale antérieure de l'adulte. Echo méd. du Nord III. 20.

Ingelrans, Névrite périphérique d'origine alcoolique; prédominance de la paralysie atrophique sur les muscles extenseurs du pied; exagération des reflexes rotuliens. Gaz. hebd. XLVI. 39.

Jolly, Ueber einen Fall von Gehirntumor. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 29.

Jorns, Aphasie als Betriebsunfall. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 5. p. 145.

Joteyko, J., et Stefanowska, Anesthésie générale et anesthésie locale du nerf moteur. Gaz. des Hôp. 73.

Ito, H., Experim. Beiträge zur Aetiologie u. Therapie d. Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 225.

Keiper, Ueber einen Fall von cerebellarer Ataxie nach Typhus. Nebst Bemerkungen von *Rübel*. Vereinsbl. d. pfälz. Aerzte XV. 5. p. 91. 95.

Kiribuchi, K., Ueber d. *Fuchs*'sche peripherische Atrophie d. Sehnerven. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 76.

Klippel et Aynaud, La paralysie faciale zostérienne. Gaz. des Hôp. 57.

Knotz, Ignaz, Ein Fall von syphilit. Meningitis mit temporaler Hemianopsie u. vorübergehender totaler Amaurose. Wien. med. Presse XL. 21. 22.

Koenig, W., Ueber „springende Pupillen" in einem Fall von cerebraler Kinderlähmung, nebst einigen Bemerkungen über d. prognost. Bedeutung d. „springenden Pupillen" b. normaler Lichtreaktion. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 1 u. 2. p. 122.

Köster, H., Ett fall af myotoni. Hygiea LXI. 4. s. 473.

Köster, H., Morbus Basedowii och Diabetes mellitus. Hygiea LXI. 4. s. 494.

Kompe, Carl, Ueber die Bedeutung des Nasenblutens als Frühsymptom d. Gehirnerweichung unter Berücksicht. d. Beziehungen beider Krankheiten zur Arteriosklerose. Arch. f. Laryngol. IX. 2.

Krauss, William C., Some observations on brain anatomy and brain tumors. Philad. med. Journ. Oct. 1. 1898.

Krewer, L., Zur Diagnostik d. Lues cerebrospinalis u. über ihre Beziehung zur multiplen Herdsklerose (Sclérose en plaques). Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 3 u. 4. p. 209.

Kron, H., Zur Symptomatologie u. Therapie schwerer Deltoideuslähmungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 1 u. 2. p. 133.

Lannois, Epilepsie rétropulsive. Lyon méd. XCI. p. 406. Juillet.

Lannois et L. Mayet, Albuminurie post-paroxystique dans l'épilepsie convulsive. Lyon méd. XCI. p. 163. 323. 365. Juin, Juillet.

Lantzenberg, E., Myxosarcome du cerveau (lobes frontaux). Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 291. Mars.

Larabee, R. C., A case of hematomyelia. Boston med. and surg. Journ. CXL. 15. p. 352. April.

Larkin, J. H., and Smith Ely Jelliffe, Report of a case of alcoholic multiple neuritis. New York med. Record LVI. 2. p. 37. July.

Lépine, Jean, Hématomyélie par décompression brusque (maladie des caissons). Revue de Méd. XIX. 6. p. 480.

Lépine, R., un cas de paralysie pseudo-bulbaire cérébrale. Revue de Méd. XX. 7. p. 559.

Lereboullet, P., et F. Allard, Névrites hémiplégiques par intoxication oxy-carbonée; valeur de l'électro-diagnostic. Revue neurol. VII. 13. p. 482.

Leszynsky, William M., Anomalous symptoms following traumatic haemorrhage into the spinal cord. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 4. p. 231. April.

Leszynsky, William M., Some of the essential features in the diagnosis and treatment of so-called idiopathic epilepsy. New York med. Record LV. 20. p. 708. May.

Leubuscher, G., Beiträge zur Kenntniss d. Behandl. d. Epilepsie. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 5. p. 335.

Levy, Max, Das Wesen d. Stotterns. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 335.

Liebrecht, Ueber d. Wesen d. Pupillenerscheinungen u. ihre diagnost. Bedeutung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25. 26.

Löwenfeld, L., Sexualleben u. Nervenleiden. Die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs. Nebst einem Anhang über Prophylaxe u. Behandl. d. sexuellen Neurasthenie. 2. Aufl. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. VII u. 262 S. 5 Mk.

Loewenfeld, L., Zur Lehre von d. hereditären (Huntington'schen) Chorea. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 321. Juni.

Loewenfeld, L., Weitere Beiträge zur Lehre von d. cutanen neurotroph. Störungen. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 26. 27.

Losee, Edwin K., Naupathia. New York med. Record LV. 19. p. 667. May.

Lotsch, Carl, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Aetiologie d. multiplen Sklerose d. Hirns u. Rückenmarks. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 17. 18. 20. 21.

Love, John, A case of tabes with Charcot's joint disease. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 421. June.

Love, John, A case of pseudo-hypertrophic paralysis. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 423. June.

Luce, Hans, Klin.-anatom. Beitrag zu d. intermeningealen Blutungen u. zur Jackson'schen Epilepsie. Deutsches Arch. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 431.

Luxenburg, J., Beiträge zur Hämatologie d. funktionellen Neurosen (Hysterie u. Neurasthenie). Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 21.

Mc Connell, J. W., Transient paralysis as an epileptic equivalent. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 355. June.

Makuna, Montague D., Multiple neuritis through necrosis of the lower jaw caused by an ill-fitting denture; easy removal of sequestrum; rapid recovery. Lancet June 24. p. 1717.

Mally, Des paralysies post-anesthésiques. Revue de Chir. XX. 6. p. 91.

Malone, Elizabeth, Epilepsy. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 181. April.

Maragliano, Die Betheiligung d. Staphylococcus in d. Pathogenese d. Chorea rheumatica. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 19.

Marcus, Hugo, Ein Fall von Myelitis transversa acuta. Wien. klin. Wchnschr. XII. 27.

Mariani, Angelo, Un caso d'allucinazioni unilaterali. Rif. med. XV. 105. 106.

Mariani, Angelo, Di una rara forma di manifestazioni isteriche. Rif. med. XV. 170. 171.

Marinesco, G., Un cas de surdi-cécité avec oesophagisme chez une hystérique; guérison rapide par l'isolement. Romanie méd. VII. 2. p. 49. Mars—Avril.

Marinesco, G., Les troubles de la marche dans l'hémiplégie organique étudiés à l'aide du cinématographe. Semaine méd. XIX. 29.

Marischler, Julius, Ein Fall abnormer, auf d. obere Körperhälfte begrenzter Schweissproduktion. Stoffwechselversuch. Wien. klin. Wchnschr. XII. 30.

Mendel, E., Ein Fall von Worttaubheit. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 185.

Merklen, P., De la radiographie dans le diagnostic étiologique des névralgies intercostobrachiales rebelles. Presse méd. VII. 54.

Mesnard, L., Quelques cas de syphilis cérébrale. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 5. p. 73. Mai.

Meyer, E., Sarkom d. III. Ventrikels mit Meta-

stasen im IV. Ventrikel. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 320.

Miles, Alexander, and Theodore Shennan, On a case of cerebral abscess, illustrating certain forms of aphasia. Lancet April 29.

Mingazzini, Giovanni, Ueber d. Lidphänomen d. Pupille (*Galassi*). Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 11.

Mircoli, Stefano, Lo stafilococco nella genesi della chorea reumatica. Clin. med. ital. XXXVIII. 4. p. 250. Aprile.

Möbius, P. J., Ueber Augenmuskelstörungen. Schmidt's Jahrbb. CCLXIII. p. 133.

Morestin, Goître Basedwifié. Gaz. des Hôp. 72.

Moyer, Harold N., A clinical lecture in neurology. Medicine V. 6. p. 456. June.

Nartowski, Miecislaus von, Ein Fall von Arthroneuralgie. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 21.

Nawratzki, E., u. M. Arndt, Ueber Druckschwankungen in d. Schädel-Rückgratshöhle b. Krampfanfällen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 30.

Ness, R. Barclay, Case of locomotor ataxia with cancrum oris as a fatal complication; post-mortem examination. Edinb. med. Journ. N. S. V. 6. p. 595. June.

Neumann, Max, Eine hyster. Hausepidemie. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 6. p. 405.

Neurath, R., Beitrag zur postinfektiösen Hemiplegie im Kindesalter u. zur patholog. Anatomie d. kindl. Centralnervensystems (Neurogliosis gangliocellularis diffusa). Jahrbb. f. Psych. XVIII. 1 u. 2. p. 131.

Nicolayson, Lyder, Enuresis diurna. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 7. Forh. S. 69. 76. 77.

Noguès, E., et Sirol, Myélite transverse avec paraplégie flasque d'emblée. Gaz. hebd. XLVI. 51.

Nonne, Ein Fall von angeb. einseit. Facialislähmung. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. II. 2. p. 73.

Oberwarth, Zur Kenntniss d. syphilit. Pseudoparalyse. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 4. p. 463.

Oltuszewski, Aperçu général de pathologie et de thérapeutique des vices de la parole. Arch. de Neurol. 2. S. VII. p. 450. Juin.

Oppenheim, H., Weiterer Beitrag zur Lehre von d. akuten, nicht eitrigen Encephalitis u. d. Polioencephalomyelitis. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 1 u. 2. p. 1.

Oppenheim, H., Ueber Missgriffe d. Behandlung durch Verkennung d. multiplen Sklerose. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 300.

Oppenheim, H., Zur Encephalitis pontis d. Kindesalters, zugleich ein Beitrag zur Symptomatologie d. Facialis- u. Hypoglossuslähmung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 19.

Oppenheimer, H., Zur Brown-Séquard'schen Lähmung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 1.

Ossipow, W., Ueber Magen-, Darm- u. Harnblasencontraktionen während d. epilept. Anfalls. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 1 u. 2. p. 94.

Oswald, Some cases of multiple neuritis with mental symptoms. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 59. July.

Paalzow, Reflektor. Muskelatrophie nach Gelenkverletzungen u. ihre Beurtheilung f. d. Feld- u. Garnisondienstfähigkeit, bez. Invalidität. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 4. p. 214.

Packard, Frederick A., Acute anterior poliomyelitis occurring simultaneously in a brother and a sister. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 4. p. 210. April.

Pal, J., Zur Lehre von der amyotroph. Lateralsklerose. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 1.

Parhon, C., et M. Goldstein, Contributions à l'étude de la contracture dans l'hémiplégie. Roumanie méd. VII. 2. p. 65. Mars—Avril.

Paul, Max, Beiträge zur Frage der retrograden Amnesie. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 251.

Pauly, R., Considérations pathogéniques sur les arthropathies tabétiques. Lyon méd. XCI. p. 190. Juin.

Pearce, F. Savary, A case of ataxia for nosological diagnosis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 5. p. 307. May.

Pearce, F. Savary, Remote results in artisan's palsy. Univers. med. Mag. XI. 10. p. 578. July.

Pel, P. K., Tabet. Krisen mit hohem Fieber (Crises fébriles). Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 26.

Perman, E. S., Ett fall af traumatisk hämatomyeli. Hygiea LXI. 5. s. 512.

Personali, Stefano, Nuovo contributo alle localizzazioni cerebrali. Rif. med. XV. 142. 143. 144.

Pfaff, Franz, Experimental research indicating that paraxanthin-poisoning is not the cause of epilepsy and migraine. With introduction by *James J. Putnam*. Boston med. and surg. Journ. CXL. 25. p. 597. June.

Pfannenstill, S. A., och Arnold Josefson, Bidrag till kännedomen om akromegaliens symptomatologi och patologiska anatomi. Hygiea LXI. 6. s. 595.

Pfeiffer, Theodor, u. Wilhelm Scholz, Ueber d. Stoffwechsel b. Paralysis agitans u. im Senium überhaupt (mit Berücksichtigung d. Einflusses d. Schilddrüsentabletten). Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 3 u. 4. p. 368.

Philipp, Anatom. Befund im centralen Nervensystem bei einem Falle von Schüttellähmung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 413.

Phillips, Leslie, Treatment of nocturnal incontinence of urine. Brit. med. Journ. May 27. p. 1274.

Pick, A., Ueber d. Beziehungen d. epilept. Anfalls zum Schlaf. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 30.

Pilcz, Alexander, Beitrag zum Studium der Atrophie u. Degeneration im Nervensystem. Jahrbb. f. Psych. XVIII. 1 u. 2. p. 341.

Pineles, Friedrich, Die Beziehungen d. Akromegalie zum Myxödem u. zu anderen Blutdrüsenerkrankungen. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 242., innere Med. 73.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 30 S. 75 Pf.

Pirera, Alfonso, Sull'afasia. Rif. med. XV. 151. 152.

Pitres, A., Etude sur les paraphasies. Revue de Méd. XIX. 5. 6. 7. p. 337. 442. 508.

Pulle, A. W., Radialisparalyse met eigenaardige aetiologie. Psychiatr. en neurol. Bladen 2. blz. 150.

Quervain, F. de, Beitrag zur Aktinomykose des Schädelinnern. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 380.

Ransohoff, Albert, Ueber einen Fall von akuter Bulbärparalyse mit Sektionsbefund. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 1 u. 2. p. 72.

Ravaut, P., Incontinence d'urine d'origine hystérique. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 2. p. 167. Mars—Avril.

Raymond, F., Sur un cas d'atrophie musculaire progressive du type *Aran-Duchenne*. Semaine méd. XIX. 27.

Reber, Wendell, Unilateral Argyl-Robertson pupil. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 5. p. 308. May.

Reeling Brouwer, S., Suggestie von slaap. Psychiatr. en neurol. Bladen 2. blz. 202.

Remak, Ernst, u. Edward Flatau, Neuritis u. Polyneuritis. 1. Hälfte. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Herm. Nothnagel* XI. III. 3.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. VII u. 290 S. 9 Mk. 60 Pf.

Rendu, Sur un cas de méningite cérébro-spinale à streptocoques. Gaz. des Hôp. 47.

Rennie, George E., Muscular hypotonia in epileptics. Lancet July 15.

Rennie, George E., A case of Friedreich's hereditary ataxia. Brit. med. Journ. July 15.

Richter, A., Ueber Porencephalie. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 145.

Robertson, Alex., Case of recovery from a complicated neurotic disease under treatment by hypnotism. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 374. May.

Robey, William H., Hysteria simulating acute visceral inflammation. Boston med. and surg. Journ. CXL. 19. p. 441. May.

Rosenblath, W., Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Hirnerschütterung. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 406.

Rothmann, Max, Ueber Wiederherstellung der Armfunktion b. Lähmung d. Musc. deltoides nach akutem Gelenkrheumatismus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 23.

Rothmann, Max, u. Arnold Nathanson, Ueber einen Fall von kataleptiformer Lethargie mit Simulation von Chylurie. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 283.

Rouvillois, Le syndrome de Parkinson chez les jeunes enfants. Gaz. hebd. XLVI. 47.

Rugh, J. Torrance, A case of hysteria in which a needle-puncture was followed by typical symptoms of ascending neuritis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 4. p. 217. April.

Rybakoff, Th., Sur les modifications dans le système nerveux central, causées par les paralysies saturnines. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 5. p. 517.

Sabrazès, J., et L. Marty, Atrophie musculaire et osseuse du membre supérieur droit consécutive à des traumatismes violents et multiples. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 2. p. 107. Mars—Avril.

Sachs, B., Internal and external ophthalmoplegia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 377. June.

Sachs, B., Erythromelalgia and allied disorders. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 877. June.

Sack, Fall von Hemihyperhidrosis cruciata. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 376.

Sacquépée, Abcès gazeux du cerveau, d'origine otitique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 366. Avril.

Sainton, Paul, Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'amyotrophie *Charcot-Marie*. Nouv. Iconogr. de la Salp. II. 3. p. 207. Mai et Juin.

Salgó, J., Der Bewusstseinszustand im epilept. Anfalle. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 1 u. 2. p. 1.

Savill, T. D., A case of epileptiform seizures of (supposed) vasomotor origin. Brain XXII. 1. p. 157.

Schäffer, Emil, Ueber die traumat. Hirnhauttuberkulose u. deren Begutachtung. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 6. p. 182.

Scheiber, S. H., Ueber d. Suspensionsmethode b. Nervenkrankheiten u. über eine neue Modifikatien derselben. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. 28. 29. Beil.

Schiötz, H., Et tilfälde af sinustrombose. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 5. Forh. S. 45.

Schloffer, Hermann, Tiefsitzende Hirnläsion unter d. Bilde d. Meningealblutung. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 22. 23.

Schmidt, Rudolf, Zur klin. Pathologie d. Nervensystems b. Lungentuberkulose, mit spec. Rücksichtnahme auf Akroparästhesien. Wien. klin. Wchnschr. XII. 28. 29.

Schnabel, Kleine Beiträge zur Lehre von d. Augenmuskellähmung u. zur Lehre vom Schielen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 20.

Schoemaker, J., Ueber die Aetiologie d. Entbindungslähmungen, spec. d. Oberarmparalysen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 1. p. 33.

Schroeder, Beiträge zur Casuistik der Porencephalie. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 3. p. 387.

Schüler, Leonhard, Beobachtungen über Zehenreflexe. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 13.

Schütz, R., Erythromelalgie u. Hautatrophie. Dermatol. Ztschr. VI. 3. p. 297.

Schultze, Fr., Ueber Combination von familiärer progress. Pseudohypertrophie der Muskeln mit Knochenatrophie u. von Knochenatrophie mit „Spondylose rhizomélique“ b. 2 Geschwistern (mit Sektionsbefund in einem d. Fälle). Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 459.

Schulz, Tabischer Klumpfuss mit Spontanfrakturen im Röntgenbilde. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 22.

Schuster, Paul, u. Kurt Mendel, Traumat. Nervenkrankheiten b. Kindern. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 6. p. 177.

Schuster, Paul, u. Kurt Mendel, Zur Casuistik d. Epilepsia cursoria. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 28.

Schweinitz, G. E. de, Retrobulbar neuritis and facial palsy occurring in the same patient. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 5. p. 263. May.

Schweinitz, G. E. de, Oculo-motor paralysis from typhoid fever. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 352. June.

Sibelius, Kr., Sananen selkäydintä affisioivista kasvannaisistaja niitten diagnoosia koskevista tutkimuksista. [Rückenmarksgeschwülste u. ihre Diagnose.] Duodecim XV. 5 ja 6. S. 127.

Siegrist, A., Zur hydriat. Behandlung d. Ischias. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 12.

Sinigar, H., A case of ophthalmoplegia externa and paralysis of both facial nerves. Brit. med. Journ. July 15.

Skala, Jakob, Apoplekt. Anfälle bei Paralysis agitans. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 275.

Sokoloff, N. A., Beitrag zur Casuistik d. Erkrankungen der Gelenke bei der Gliomatose des Rückenmarks (Syringomyelie). Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 506.

Souques, A., et J. Castaigne, Contribution à l'étude de la paralysie isolée du muscle grand dentelé. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 3. p. 178. Mai et Juin.

Spiller, William G., Lipoma of the filum terminale. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 5. p. 287. May.

Spiller, William G., Internal hemorrhagic pachymeningitis in a child of 9 years. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. II. 8. p. 190. June.

Spitzer, Alexander, Ein Fall von Tumor am Boden d. Rautengrube. Beitrag zur Kenntniss d. hinteren Längsbündels. [Arb. a. d. Inst. f. Anat. u. Physiol. d. Centralnervensystems, herausgeg. von *Obersteiner* VI.] Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. Gr. 8. 58 S. mit 2 Tafeln. — Jahrbb. f. Psych. XVIII. 1 u. 2. p. 1.

Spratling, Edgar J., Do epileptics recover? Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 5. p. 291. May.

Stadelmann, E., Ueber sporadische u. epidem. eitrige Cerebrospinalmeningitis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29.

Steen, R. H., Osteoma of dura mater. Brit. med. Journ. May 13. p. 1154.

Stein, Julius, 3 seltenere Fälle von Tetanie. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 61.

Steinhausen, Ueber Lähmung d. Nervus suprascapularis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29.

Stembo, Ein Fall von Cephalaematoma subaponeuroticum. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29. p. 470.

Stembo, L., Beiträge zur diagnost. Verwerthung d. Röntgenuntersuchungen. Nimmt d. Herz an d. Pseudohypertrophie in d. Fällen von Muskelpseudohypertrophie Theil oder nicht? Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29.

Stieglitz, L., Progressive muscular atrophy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 371. June.

Strümpell, Adolf von, Beiträge zur Pathologie u. pathol. Anatomie der multiplen Neuritis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 146.

Strümpell, A. von, Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss d. sogen. Pseudosklerose. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 348.

Sweet, William M., and William G. Spiller, A case of cerebellar tumor. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 5. p. 311. May.

Sympson, E. Mansel, Obstinate hiccough. Brit. med. Journ. April 29. p. 1024.

Thomas, H. M., An analysis of the cases of tabes in the Johns Hopkins Hospital and Dispensary from its opening in May 1889 to Dec. 1. 1898. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 97. p. 51. April.

Thorne, W. Bezly, Obstinate hiccough. Brit. med. Journ. April 29. p. 1024.

Tilmann, Die Theorie d. Gehirn- u. Rückenmark-Erschütterung. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 236.

Tooth, H. H., A case of atrophy of the lower extremities of the peroneal family form. Brain XXII. 1. p. 160.

Touche, Les accidents épileptiformes généralisés au cours de l'hémiplégie. Arch. gén. N. S. II. 1. p. 60. Juillet.

Touche, 2 cas de rammollissement des centres corticaux de la vision avec autopsie. Arch. gén. N. S. I. 6. p. 674. Juin.

Trénel, Tumeurs de la dure-mère et du ganglion de Gasser. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 326. Mars.

Tresilian, Fred., A case of syringomyelia. Brit. med. Journ. July 15.

Uhthoff, W., Aussergewöhnl. Fall von Morbus Basedowii mit hochgrad. Exophthalmus u. nekrot. Zerfall beider Hornhäute. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 37.

Urriola, L., Nouveau syndrome consécutif à une blessure de la moelle. Arch. de Neurol. 2. S. VII. p. 350. Mai.

Vallon, Ch., et **Roques de Fursac**, Hystérie mâle. Arch. de Neurol. 2. S. VII. p. 460. Juin.

Valude, E., A propos de 2 cas de névrite rétrobulbaire. Ann. d'Oculist. CXXI. 4. p. 247. Avril.

Varnali, Note sur un cas de paralysie radiale à la suite d'une pneumonie. Roumanie méd. VII. 2. p. 84. Mars—Avril.

Veraguth, Fall von reiner transitor. Worttaubheit; ein Beitrag zur Lehre von d. Aphasie. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 13. p. 403.

Veslin et **Leroy**, Syndrome goître exophthalmique survenu chez un goitreux; guérison par l'électricité. Presse méd. VII. 47.

Vetlesen, H. J., Morbus Basedowi, särlig med hensyn til patogenese og behandling. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 6. S. 755.

Walton, G. L., Polio-encephalitis superior. Boston med. and surg. Journ. CXL. 16. p. 376. April.

Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte zu Baden-Baden. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24.

Warda, W., Ueber degenerirte Ohrformen. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 128.

Wardner, Horace, Neurasthenia. Physic. and Surg. XXI. 5. p. 215. May.

Webber, S. G., A case of hysteria; recovery after prayer. Boston med. and surg. Journ. CXL. 25. p. 603. June.

Weill, E., et **Ronvillois**, Du syndrome de Parkinson chez les enfants et les jeunes sujets. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 241. Juin.

Weinberger, Max, Die Behandl. d. Neurasthenie in Anstalten u. Kurorten. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 6. 7.

Weiss, Hugo, Ein Fall von Rigor spasticus universalis. Wien. med. Presse XL. 18.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Mededeelingen uit de Gemeentelijke Universiteitspolikliniek voor Zenuwziekten te Amsterdam. Psychiatr. en neurol. Bladen 2. blz. 154.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Tromoparalysis tabioformis (cum dementia). Psychiatr. en neurol. Bladen 3. blz. 209. Mai—Juni.

Westphal, A., Beitrag zur Lehre von d. Syringomyelie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 355.

Wetterstrand, O. G., Om långvarig sömn särskildt vid behandling af hysteriens svårare former. Hygiea LXI. 5. s. 525.

Wilbrand, H., Ueber schlaffe hysterische Ptosis. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 172.

Williams, Edward Cecil, A case of Strümpell's paralysis (polio-encephalitis) combined with infantile paralysis. Lancet July 1.

Wilson, J. C., On astasia-abasia. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 45. July.

Wing, Elbert, Acute anterior poliomyelitis. Medicine V. 7. p. 546. July.

Wingate, U. O. B., The etiology, prevalence and treatment of hysteria. Medicine V. 5. p. 372. May.

Withers, Oliver, Venesection in cerebral haemorrhage. Brit. med. Journ. May 13. p. 1153.

Wolf, Heinrich, Zur Klinik d. Kleinhirntuberkel. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 321.

Wolff, Gustav, Das Verhalten d. Rückenmarks b. reflektor. Pupillenstarre. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 57.

Wunderlich, H., Ueber nervöse Schlaflosigkeit u. deren Behandlung. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 239., Innere Med. 72.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 22 S. 75 Pf.

Zanardi, Gino, Un caso di tumore cerebrale nella fossa cranica posteriore. Rif. med. XV. 126.

Zangger, Th. **Findlater**, A case of meningitis, probably tubercular, followed by recovery. Dubl. Journ. CVII. p. 428. June.

Zappert, Julius, Ueber Degenerationen im Rückenmark u. d. Medulla oblong. d. Kindes. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 221.

Zappert, J., u. F. **Hirschmann**, Ueber eine ungewöhnl. Form des angeb. Hydrocephalus. Jahrbb. f. Psych. XVIII. 1 u. 2. p. 225.

von Ziegenweidt, Geconjugeerde deviatie van hoofd en oogen. Psychiatr. en neurol. Bladen 3. blz. 217. Mai—Juni.

S. a. *Anatomie u. Physiologie.* III. Belkowsky, Bier, Buchholz, Erp, Freund, Ginsberg, Guerrini, Hoche, Kölliker, Lusena, Marinesco, Mönckeberg, Mollard, Muscatello, Petrén, Placzek, Rabé, Reuling, Sachs, Thomson. IV. 2. *Infektiöse Meningitis, Tetanus,* Edgeworth, Fraser, Ganiez, Mac Cley, Moore, Schmidt, Schultze; 4. Mollard, Stich; 5. Bacaloglu, De Giovanni, Tuchendler; 7. Milian, Westphal; 9. *Myxödem,* Burrows, Grube, Herzog, Jacob, Magnus; 10. Adrian, Arning, Bourneville, Gommaerts, Laehr; 11. Bloch, Lesser, Tschiriew. V. 1. Charon, Macartny, Ruggi, Vulpius; 2. a. *Chirurgie des Nervensystems;* 2. b. *Chirurgie d. Rückenmarks;* 2. c. Cripps, Schloffer; 2. e. Boinet, Broca, Lambotte. VII. Barth, Bayer, Broadhead, Davis, Howle, Leyden. IX. Dewey, Juliusburger, Kahlbaum, Truelle. X. Axenfeld, Elschnig, Jonnesco, Parker, Sachs, Schnabel, Seydel, Theobald. XI. Thorén. XIII. 2. Gordon, Laudenheimer, Meltzer; 3. Combemale, Eberson. XVI. Jahrmärker, Orlandi. XIX. Smith. XX. Möbius, Preuss.

9) *Constitutionskrankheiten und Krankheiten des Blutes.*

Aldrich, Charles J., 2 cases of peliosis rheumatica. Medicine V. 6. p. 461. June.

Ansteensen, T., Aareladning ved urämi. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 9. S. 199.

Baldwin, E. H., and J. A. **Wilder**, A case of lymphatic leukemia combined with pulmonary tuberculosis. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 6. p. 656. June.

Braibanti, Il peso specifico del sangue nella clorosi. Clin. med. ital. XXXVIII. 5. p. 307. Maggio.

Buchanan, Robert J. M., Myxoedema treated with „colloid“ material. Brit. med. Journ. June 17.

Bugge, Jens, Perniciös anämi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 5. Forh. s. 43.

Burrows, Fred Grant, A study of leucocytosis

associated with convulsions. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 5. p. 503. May.

Carrière, G., Sur la nature du cancer. Gaz. des Hôp. 82.

Chauffard, A., Obésité héréditaire précoce; mort par insuffisance cardiaque. Presse méd. VII. 41.

Christiansen, V., Aareladning og infusion ved urämi. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 13. S. 413.

Christomanos, Anton A., Das Schicksal der rothen Blutkörperchen b. d. Hämoglobinurie. Virchow's Arch. CLVI: 3. p. 582.

Cohn, J., Ueber familiäre Cystinurie. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 23.

Colasanti, G., u. A. Bonami, Der Stoffwechsel b. Pankreasdiabetes. Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 446.

Coleman, J. B., Case of Hodgkins disease. Dubl. Journ. CVIII. p. 68. July.

Cominotti, Vittorio, Un caso di Morbus Addisoni. Riv. Ven. di Sc. med. XIV. 11; Giugno 1898.

De Bruin, L., Berust rachitis op zuurintoxicatie. Nederl. Weekbl. I. 18.

De Buck, D., et L. De Moor, Considérations sur le sang leucémique. Belg. méd. VI. 28. p. 33.

Fischl, Rud., Ueber Anämien im frühen Kindesalter. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 187.

Foster, Arthur, Notes on a case of Addison's disease treated with suprarenal extract. Lancet June 10. p. 1561.

Freudweiler, Max, Experim. Untersuchungen über d. Wesen d. Gichtknoten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 3 u. 4. p. 266.

Gasparini, S., Alcune considerazioni sull'uremia. Gazz. degli Osped. XX. 58.

Gerhardt, D., Der Diabetes insipidus. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Herm. Nothnagel*. VII. 7.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. 41 S. 1 Mk. 20 Pf.

Goldenberg, B., Morbus maculosus Werlhofii. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26.

Goldmann, J. Arnold, Die prophylakt. Behandlung d. harnsauren Diathese; Aminoform. Klin.-ther. Wchnschr. 13.

Graham, Douglas, Massage and galvanism in gout. Boston med. and surg. Journ. CXL. 22. p. 518.

Grube, Karl, Ueber gichtische Affektionen des Herzens u. gicht. peripher. Neuritis. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 25.

Grube, Karl, Ueber gichtige peripher. Neuritis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 25.

Grube, Karl, On the loss of knee-jerk and on peripheral neuritis in diabetes mellitus. Lancet July 22.

Guinon, Louis, et Justin Jolly, Un cas de leucémie aiguë. Revue des Mal. de l'Enf. XVIII. p. 262. Juin.

Gussenbauer, Ueber d. Behandl. d. Gangrän b. Diabetes mellitus. Wien. klin. Wchnschr. XII. 17.

Haig, Alexander, Some points in the pathology and treatment of diabetes. Halifax. Whitehead printer. 16. 11 pp.

Hall, J. N., 3 cases of leukemia. Boston med. and surg. Journ. CXL. 22. p. 519. June.

Hallopeau; Emery et Leri, Xanthome tubéreux diabétique. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 6. p. 561.

Harris, H. F., A case of diabetes mellitus; quickly following mumps. Boston med. and surg. Journ. CXL. 20. p. 465. May.

Hayem, G., Sur un cas de pseudo-leucémie splénique. Presse méd. VII. 40.

Herzog, Ludwig, Diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehungen zwischen d. Coma d. Zuckerkranken u. andern comaartigen Zuständen. [Berl. Klin. Heft 132.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 29 S. 1 Mk. 20 Pf.

Hirschfeld, Felix, Ueber d. Nahrungsbedarf d. Fettleibigen. [Berl. Klin. Heft 130.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 22 S. 60 Pf.

Holm, H., Hämatoporfyrinuri (Diskussion). Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 6. Forh. S. 64.

Jacob, Paul, u. Moxter, Ueber Rückenmarks-Erkrankungen u. -Veränderungen b. tödtlich verlaufenen Anämien. Arch. f. Psych. XXXII. 1. p. 169.

Jaksch, R. von, Ueber alimentäre Pentosurie. Ztschr. f. Heilkde. XX. 2 u. 3. p. 195.

Katz, Alexander, Die Nothwendigkeit einer Sammelstatistik über Krebserkrankungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17.

Kolisch, R., Ueber Behandl. d. Fettsucht. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 26—29. — Wien. med. Presse XL. 19.

Kühn, Die diätet. Behandl. d. Diabetes nach Prof. *Lépine*. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 44. 45.

Külz, E., Klin. Erfahrungen über Diabetes mellitus. Nach d. Tode von *E. K.* bearb. u. herausgeg. von *Th. Rumpf*, *G. Aldehoff* u. *W. Sandmeyer*. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. XII u. 552 S. 14 Mk.

Lange, Jérôme, Ueber Myxödem des frühen Kindesalters. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 268.

Lauritzen, Marius, Om Williamsons Mälk for Diabetikere. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 21.

Lefas, Etat des glandes salivaires dans la lymphadénie. Gaz. hebd. XLVI. 48.

Lenné, Todesart b. Diabetes mellitus. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 38.

Luff, Arthur P., Strawberries and gout. Lancet July 1. p. 52.

Lumsden, J., 3 cases of diabetes insipidus. Dubl. Journ. CVIII. p. 13. July.

Magnus-Levy, A., Die Oxybuttersäure u. ihre Beziehungen zum Coma diabeticum. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 89 S. 2 Mk.

Maréchal, La rétraction de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques. Presse méd. belge LI. 22.

Moore, Frederick Craven, Scrofulous lymphadenitis. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 94.

Motta-Coco, A., Sul preteso valore diagnostico di qualche fenomeno nella rosolia. Gazz. degli Osped. XX. 55.

Müller, R., Ueber d. Methylenblaufärbung d. Diabetikerblutes (*Williamson*'sche Probe). Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 25.

Oefele, Felix von, Meide übermäss. Fett b. Diabetes. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 7. p. 243.

Pane, Nicola, Sopra uno speciale reperto del sangue e delle fecci in un caso d'anemia mortale. Rif. med. XV. 103. 104.

Plateau, Notes sur la ration alimentaire, dite d'entretien, au point de vue de la goutte et de l'obésité. Bull. de Thér. CXXXVII. 16. 17. 18. p. 593. 641. 699. Avril 30, Mai 8. 15.

Plehn, Albert, Ueber Tropenanämie u. ihre Beziehungen zur latenten u. manifesten Malariainfektion. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 28. 29. 30.

Podwysotzky, W. W., A propos de l'origine parasitaire du cancer. Presse méd. VII. 32.

Porter, William Henry, Anemia. Post-Graduate XIV. 5. p. 343. May.

Porter, William Henry, Lymphadenoma. Post-Graduate XIV. 5. p. 383. May.

Posner, C., Ueber terminale Hämaturie u. ihre Behandlung. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 5. p. 196.

Pugliatti, V., Diabete pancreatico. Gazz. degli Osped. XX. 88.

Romme, R., A propos du diagnostic et du traitement de la goutte aiguë. Presse méd. VII. 49.

Rosenqvist, Emil, Zur Frage d. Zuckerbildung aus Fett b. schweren Fällen von Diabetes mellitus. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 28.

Sanesi, Sem, Missoedema spontaneo degli adulti. Clin. med. ital. XXXVIII. 4. p. 223. Aprile.

Schiele, Ein Fall von infantilem Myxödem, behand. mit Thyreoidea. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 18.

Schiödte, Nicolai, Ueber d. Gebrauch d. Thyreoidin b. Entfettungskuren. Arch. f. Verdauungskrankh. V. 1. p. 1.

Schneider, Hermann, Zur Bedeutung d. *Bremer*'schen Probe (Anilinfarbenreaktion d. Blutes) b. Diabetes. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 25.

Sciaudone, Pietro, Azoturia e intossicazioni batteriche. Clin. med. ital. XXXVIII. 5. p. 257. Maggio.

Sequeira, J. H., Diabetes in a child aged 3 years; almost complete disappearence of the sugar during an attack of jaundice. Lancet July 15.

Siegert, F., Ueber d. Anämien im frühen Kindesalter. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 206.

Stumme, Ein Fall von schwerer Gicht mit Amyloiddegeneration. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 491.

Sympson, E. Mansel, A note on haemophilia, its treatment by red bone marrow and by the continuous administration of chloride of calcium. Lancet May 13. p. 1289.

Tixier, L., Sur un cas de coexistance de 2 cancers primitifs chez le même sujet. Lyon méd. CXI. p. 113. Mai.

Townsend, Charles W., Diabetes mellitus in children. Boston med. and surg. Journ. CXL. 19. p. 445. May.

Vollbracht, Franz, Ein Fall von Morbus Addisonii nach vorausgegangener Purpura haemorrhagica; mit einer Stoffwechseluntersuchung. Wien. klin. Wochenschr. XII. 28.

West, Samuel, A case of diabetes with recovery in a fat man with a family history of diabetes. Lancet June 3. p. 1491.

Wyllie, W. Gill, Anemia as observed in a gynecological clinic, with some practical suggestions on the diagnosis of obscure cases and their treatment. New York med. Record LV. 20. p. 705. May.

Zagari, G., e D. Pace, Il bilancio organico di un gottoso durante e fuori l'accesso. Policlin. VI. 13. p. 289.

Zimmermann, Ueber Erkrankungen mit hämorrhag. Diathese. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 128.

S. a. I. Arnold, Ascoli, Cloëtta, Hofmann, Magnus, Pope, Schreiber, Seegen. II. Cavazzani. III. Martinelli. IV. 2. Pagliano; 3. Patella; 4. Telgmann; 7. Chancel; 8. *Akromegalie, Morbus Basedowii,* Fontana, Köster, Lannois, Pineles; 10. Funk, Gilchrist, Gravagna; 12. Verdun. V. 2. e. Gemmel. VII. Couvelaire. VII. Lop, Young. VIII. Rehn. XIII. 2. Meek; 3. Raphaël. XIV. 1. Kysthospitalet.

10) *Hautkrankheiten.*

Adrian, a) Dermatolysis bullosa. — b) Dermatitis papillaris capillitii. — c) Ausgebreitetes Xanthoma planum et tuberosum. — d) Multiple Neurofibromatose d. Haut. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 419. 432. 447. 450.

Aitken, Robert, Y., Case of multiple adenomata of the skin. Brit. med. Journ. June 24.

Antony et Biscons, Observations d'érythèmes survenus pendant la convalescence de pneumonies d'origine grippale. Gaz. des Hôp. 48.

Arning, Eine eigenthümliche Veränderung an d. grösseren Nervenstämmen b. einzelnen Fällen von Lepra. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 503.

Audry, Ch., Sur une éruption vésiculeuse récidivante limitée à un seul doigt. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 6. p. 573.

Bacaloglu et Bosvieux, Cancer mélanique de la peau; énorme généralisation aux ganglions axillaires. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 356. Avril.

Baer, Ein Fall von Atrophie d. Haut. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 384.

Barthélemy, Eruption séborréique et eczéma séborréique. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 532.

Bernard, Observations pour servir à l'histoire des pyodermites. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 6. p. 574.

Blaschko, Ueber Bromakne. Verhandl. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 151.

Bourneville et Paul Boncour, Zona thoracobrachial. Progrès méd. 3. S. X. 26.

Brun, H. de, Contribution nouvelle à l'étude de la question de l'aïnhum. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 4. p. 325.

Buri, Ein Fall von Röntgenstrahlendermatitis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVII. 9. p. 437.

Buri, Th., Ein Fall von Naevus verrucosus linearis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 1. p. 1.

Buschke, Ueber Hautblastomykose. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 181.

Caspary, Ueber Dermatitis exfoliativa universalis. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 222.

Coleman, Alfred, Tropical oedema on shipsboard. Brit. med. Journ. June 17. p. 1462.

Corazza, Giorgio, La pellagra e le sue manifestazioni cutanee. Suppl. al Policlin. V. 30. p. 929.

Costa, S. Mendes da, Xeroderma pigmentosum. Nederl. Weekbl. I. 22.

Danlos, Dermatite chronique pustulo-ulcéreuse en plaques. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 536.

Danlos, Forme temporairement larvé de maladie du Duhring. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 540.

Déhu, Hidrocystome. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 6. p. 567.

Déhu, Sclérodermie ou myxoedème. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 6. p. 568.

Delore, Xavier, Botryomycose humaine. Lyon méd. XCI. p. 376. Juillet.

Ehlers, Edv., Tilfälde af usädvanlig Negleaffektion (subungueale Blödninger?). Hosp.-Tid. 4. R. VII. 25. s. 627.

Enriquez, E., et P. Lereboullet, Un cas de mélanodermie arsenicale généralisée simulant la maladie d'Addison. Gaz. hebd. XLVI. 53.

Fabry, Fall von Urticaria papulosa haemorrhagica. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 373.

Frank, Jacob, Hot-air cauterization in lupus vulgaris, after the method of Dr. *Holländer*. Medicine V. 7. p. 561. July.

Fryding, J., Studien über Depigmentirungen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVII. 9. p. 439.

Funk, Ueber chlorot. Dermatosen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 11. p. 551.

Gehrig, F., Formalinbehandlung d. Hyperidrosis pedum. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 12.

Gemy, Zur Geschichte d. Lepra. Dermatol. Ztschr. VI. 2. p. 160.

Geyer, Mittheilungen über Fälle von Mycosis fungoides. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 568.

Gilchrist, T. Caspar, Lichen scrofulosorum in a negro. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 84. May.

Gommaerts, Un cas de zona brachialis consécutif à un accès d'influenza traité par le massage. Belg. méd. VI. 22. p. 673.

Gottheil, William S., A unique case of pityriasis versicolor. New York med. Record LVI. 1. p. 15. July.

Gravagna, M., Un caso di lichen scrofulosorum. Rif. med. XV. 107. 108.

Gros, H., Sur un cas de leucodermie. Echo méd. du Nord III. 30.

Hadley, Wilfred, and William Bulloch, A case of acute pemphigus. Lancet May 6.

Hallopeau, H., Sur un cas de sclérodermie en

bandes et en aires généralisées avec éruptions tuberculeuses, bulleuses et lichénoïdes. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 542.

Hallopeau, Acredermatite suppurative continue. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 563.

Hallopeau et Gardner, Sur un cas de lichen de Wilson en bandes. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 566.

Hammer, Aetiolog. Momente bei Acne vulgaris. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 142.

Hansen, C. T., Tilfälde af multiple Hudsvulster med delvis spontant Svind (multiple spontane Keloider). Hosp.-Tid. 4. R. VII. 25. S. 631.

Hansen, C. T., Lepra tuberosa ulcerosa. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 25. S. 633.

Hartzell, M. B., Some unusual forms of trichophytosis. Univers. med. Mag. XI. 9. p. 497. June.

Haushalter, P., et L. Spillmann, Quelques cas de sclérodermie et de vitiligo chez les enfants. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 3. p. 197. Mai et Juin.

Hebra, Hans v., Operative Behandlung d. Lupus vulgaris. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 168.

Heller, Die Onychopathologie. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 277.

Herzog, Maximilian, A case of Paget's disease (malignant papillary dermatitis). Medicine V. 6. p. 447. June.

Heuss, Ein ungewöhnl. Fall von Ichthyosis. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 498.

Heuss, E., Ueber chron. Primeldermatitis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 1. p. 3.

Holländer, Ueber den Nasenlupus. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 24.

Holland, C. Thurston, Eczema treated by X-rays. Brit. med. Journ. April 29.

van Hoorn, Weitere Mittheilungen über T-R-Behandl. b. Lupus. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 534.

Huber, Alfred, Perifolliculitis suppurativa u. framboesiforme Vegetationen im Anschlusse an Ekzem. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 1. p. 57.

Jacobi, a) Darier'sche Dermatose. — b) Lymphangioma circumscriptum cutis. Verh. d. deutschen Ges. 6. Congr. p. 406. 454.

Jacoby, George W., 2 cases of localized sclerodermia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 370. June.

Jadassohn, Ueber tuberkuloide Veränderungen in d. Haut b. nicht tuberöser Lepra. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 508.

Joseph, Max, Ueber Ekzembehandlung. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 359.

Jourdanet, Un cas de lèpre. Lyon méd. XCI. p. 81. Mai.

Ivanischewitch, Dermite consécutive à la radiographie. Gaz. hebd. XLVI. 44.

Kaposi, Hermann, Ueber einen Fall von sogen. Sarcomatosis cutis. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 526.

Köster, H., Recidiverande papulöst erytem. Hygiea LXI. 4. s. 493.

Kreibich, Karl, Ueber Urticaria chronica. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 2. p. 163.

Laehr, Max, Die nervösen Erscheinungen d. Lepra mit besond. Berücksicht. ihrer Differentialdiagnose nach eigenen auf einer Studienreise in Sarajevo u. Constantinopel gesammelten Erfahrungen. Berlin. Georg Reimer. 8. XII u. 162 S. mit 4 Lichtdrucktaf. u. 1 Abbild. im Text.

Ledermann, Ueber Wirkungen d. Röntgenstrahlen auf d. Haut. Verhandl. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 571.

Lépine, Jean, Sur la perméabilité rénale dans les affections cutanées. Gaz. hebd. XLVI. 51.

Leredde, Note pour servir à l'étude de la question de l'eczème parasitaire à propos de la publication du second fascicule de l'atlas histologique de *Unna*. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 5. p. 438.

Löwenbach, Georg, Histol. Befunde b. Herpes tonsurans maculosus et squamosus u. Pityriasis rosea. Wien. klin. Wchnschr. XII. 23.

Löwenbach, Georg, Ueber Acne urticata. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 1. p. 29.

Lympius, Zur Casuistik d. Gesichtsfurunkel. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29.

Mainzer, M., Ein Fall von Elephantiasis congenita. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27.

Malherbe, H., Eruptions bromuriques et ioduriques graves. Presse méd. VII. 41.

Mayr, Julius, Pemphigus vegetans. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 20.

Müller, Vorläuf. Resultate einer principiell neuen Behandlungsmethode d. Lupus vulgaris. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 556.

Muller, F. J., Lepra-gesticht te Palantoengen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 2. blz. 218.

Munro, N. Gordon, Pemphigus contagiosus. Brit. med. Journ. April 29.

Nielsen, Ludv., Sclérodermie en plaques; Vitiligo genitalis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 25. S. 629.

Örbäk, W., Lichen atrophicus og vitiligo. Nord. med. ark. N. F. X. 1. Nr. 5.

Pawlof, P., Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum d. Haut. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 2. p. 53.

Peuckert, Max, Ueber Ichthyosis. Dermatol. Ztschr. VI. 2. p. 171.

Philippson, A., Eine neue Lupusbehandlung durch innere Medikation. Dermatol. Ztschr. VI. 3. p. 289.

Philippson, A., Wie behandelt man d. Furunkulose? Deutsche med. Wchnschr. XXV. 18. Beil.

Rasch, C., Tilfälde af Lichen ruber planus med stribeformet Efflorescens i den indvendige Voigt'ske Gränselinie pa v. Unterextremität. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 25. S. 635.

Reichel, a) Zur Behandl. d. Lupus erythematodes. — b) Fall von Sommereruption. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 412. 417.

Revaut, Paul, Etude sur les lésions et la nature de l'érythème induré. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 513.

Rille, Ueber eine besondere Form von Acne artificialis. Dermatol. Ztschr. VI. 2. p. 153.

Rille, Ueber idiopath. Atrophie d. Haut. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 473.

Saalfeld, Ueber Dermatitis exfoliativa. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 241.

Sabouraud, R., Essai critique sur l'étiologie de l'eczèma. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 4. p. 305.

Sabouraud, Teignes et pelades. Echo méd. du Nord III. 28.

Schäffer, Ueber einige Fälle von Lepra. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 36. 37.

Schmidtmann, Das Aussätzigen-Asyl „Jesus Hilfe" b. Jerusalem, nebst Bemerkungen über d. Aussatz in Palästina. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 113.

Seifert, O., Lichen planus in d. äusseren Voigt'schen Grenzlinie d. Oberarms. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. p. 1.

Siebert, F., Ueber einen Fall von Elephantiasis papillaris. Ann. d. Krankenh. zu München p. 190.

Soonetz, Ed., Ueber d. Wirkungen d. Bakterienproteine u. d. Deuteroalbumose b. Lepra. Deutsche med. Wchnschr. N. F. XVI. 16.

Stenbeck, Thor, Om behandling af lupus med Röntgenstrålar. Hygiea LXI. 5. s. 568. — Vgl. 4. Sv. läkaresällsk. förh. S. 5.

Sternthal, Fall von strichförm. Hauterkrankung

(Ekzem?) d. rechten obern Extremität. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 250.

Sternthal, Lupus erythematodes der behaarten Kopfhaut. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 370.

Sticker, Georg, Die neue Kinderseuche in der Umgebung von Giessen (Erythema infectiosum). Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 11. p. 353.

Stravino, Acne rosée. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 174.

Tobiesen, Fr., Ueber Elephantiasis congenita hereditaria. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 4. p. 392.

Touton, A., Aetiologie u. Pathologie der Akne. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 7.

Veiel, Ueber d. Therapie d. Akne. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 128.

Verhandlungen d. deutschen dermatol. Gesellschaft. 6. Congress. Herausgeg. von *A. Wolff.* Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. Gr. 8. XXXIX u. 599 S. mit 8 Taf. in Lichtdr., 1 Curventafel u. 15 Abbild. im Texte. 20 Mk.

Whitfield, Arthur, Varieties of eczema and their treatment. Therap. Gaz. 3. S. XV. 5. p. 289. May.

Winternitz, Rudolf, Ueber Dermatitis exfoliativa Ritter. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 2. p. 241.

Wolff, a) Porokeratosis. — b) Lepra. — c) Acanthosis nigricans. — d) Lichen planus scrophulosorum. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 387. 392. 399. 485.

Zarubin, Valentin, Die neuesten Thatsachen betr. d. Frage über d. Einfluss d. X-Strahlen auf d. gesunde u. kranke Haut. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 10. p. 507.

Zarubin, V., Ueber d. Wirkungen d. X-Strahlen auf d. Haut. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 2. p. 64.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bandler, Magnus, Sobel, Soldan, Teich, Wassmuth. IV. 2. *Erysipel;* 7. Duvivier; 8. Bruns, Hirschfeld, Klippel, Loewenfeld, Marischler, Schütz; 9. Hallopeau; 11. Buschke, Grange. V. 1. Alger; 2. a. Hinsberg. VI. Freund. VII. Brosin. VIII. Erichsen. X. Cohn. XI. Menzel, Mygind, Raviart. XIII. 2. Du Castel, Fisher, Fitz, Frickenhaus, Hodara, Kromayer; 3. Barton, Kirk, Neumann. XIV. 1. Rohden. XV. Ehlers, XX. Ehlers, Polotebnoff.

11) *Venerische Krankheiten.*

Adrian, C., Zur Kenntniss d. vener. Bubo u. d. Buboneneiters. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 1. p. 67.

Arning, Beitrag zur Therapie d. Ulcus molle. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 460.

Augagneur, Victor, Emploi des injections de sérum artificiel de *Hayem* dans la syphilis maligne. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 5. p. 433.

Balzer, F., et P. Gauchery, Glossite scléreuse syphilitique chez une femme de 33 ans. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 529.

Berg, Henry W., Pyelo-nephritis and ulcerative endocarditis as a complication of gonorrhoea; the gonococcus found in pure culture upon the diseased heart valve. New York med. Record LV. 17. p. 602. April.

Bloch, Iwan, Ein neuer Beitrag zur Frage der Alterthumssyphilis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 12. p. 629.

Bloch, Rud., Zur Kenntniss d. gonorrhoischen Gelenks- u. Nervenerkrankungen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 3. p. 349.

Brandl, Julius, Zur rationellen Therapie der Lymphadenitis inguinalis suppurativa. Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 172.

Brieger u. Uhlenhuth, Ueber Versuche der Uebertragung d. Syphilis auf Thiere u. über Serumtherapie b. Syphilis. Klin. Jahrb. VII. 3. p. 293.

Bruhns, C., Ueber Syphilis d. Milz mit besonderer Berücksicht. d. Milztumors im sekundären Stadium d. Lues. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 450.

Buschke, A., Ueber Exantheme b. Gonorrhöe. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 2. 3. p. 181. 385.

Cabot, Richard C., and P. S. Mertens, Justus's test for the diagnosis of syphilis. Boston med. and surg. Journ. CXL. 14. p. 323. April.

Caro, Langdauerndes remittirendes Fieber bei tertiärer Lues. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27.

Chotzen, Martin, Die Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 23. 24.

Cordes, H., Ein casuist. Beitrag zur Gummibildung im Larynx. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25.

Cumston, Charles Greene, Pyonephrosis complicating gonnorrhea. Univers. med. Mag. XI. 9. p. 504. June.

Cushing, Harvey W., Acute diffuse gonococcus peritonitis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 75. May.

Czillag, J., 4 Fälle von extragenitalem weichen Schanker. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 3. p. 365.

De Beurmann et Delherm, Du diagnostic entre le chancre infectant et certaines ulcérations tertiaires. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 543.

De Beurmann et Delherm, Quelles sont les limites de l'infection syphilitique? Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 547.

Dietz, Paul, La blennorrhagie dans les 2 sexes et ses conséquences. Belg. méd. VI. 27. p. 1.

von Düring-Pascha, Der Fall *Neisser* [Experimente über Uebertragung d. Syphilis]. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 25.

Eudlitz, Syphilis héréditaire tardive probable. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 535.

Flockemann, Neuere Arbeiten über Lungensyphilis. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 11 u. 12.

Fournier, Le danger social de la syphilis. Belg. méd. VI. 23. p. 711.

Frank, Zur Prophylaxe d. Trippers. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 574.

Goldberg, Berthold, Prostata u. Gonorrhöe. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. X. 6. p. 283.

Grange, Double chancre syphilitique du cuir chevelu (avec inclusion d'un dent) contracté pendant une rixe. Lyon méd. XCI. p. 159. Juin.

Harttung, Gonorrhoische Epididymitis. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 592.

Hochstätter, J., Einige Bemerkungen zur Therapie d. Gonorrhöe. Ungar. med. Presse IV. 21. 22.

Jesionek, Albert, Statist. Mitth. aus d. polizeil. Abth. [d. Klinik f. Syph. u. Hautkrankh. im städt. allgem. Krankenh. links d. Isar]. Ann. d. Krankenh. zu München p. 178.

Kaufmann, R., Ueber einen Fall von Tripperinfektion trotz prophylakt. Instillation einer 2proc. Arg.-nitr.-Lösung. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 58.

Krösing, Erfahrungen mit d. *Audry*'schen Ulcus-molle-Behandlung. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 460.

Lane, J. Ernest, Syphilitic diseases, their prevention, study and treatment. Brit. med. Journ. June 10. p. 1440.

Lesser, Ischias gonorrhoica. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 466.

Leudesdorf, Max., Einiges über Syphilis. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 10. p. 241.

Levy, Fall von syphilit. Lungeninfiltration. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 380.

Lisanti, Angelo, Ulcerazione sifilitica del grande epiploon seguita da perforazione ed invaginamento dell' intestino tenue. Rif. med. XV. 101.

Loewenstein, Josef, Ueber d. verschied. For-

men d. Syphilisbehandlung. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 55. 56.

Maitland, J., On chronic venereal sores or ulcerating granuloma. With note by *James Galloway*. Lancet June 17.

Marer, J., Urethritis gonorrhoica b. einem 5 Mon. alten Kinde. Ungar. med. Presse IV. 23 u. 24.

Marshall, C. F., Note on a case of syphilis with no primary sore. Lancet May 20. p. 1361.

Marshall, C. F., Second attacks of syphilis. Brit. med. Journ. June 3. p. 1332.

Marshall, C. F., Syphilitic diseases, their prevention, study and treatment. Brit. med. Journ. June 3. p. 1375.

Molênes, Paul de, Hérédité syphilitique à très long terme. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 3. p. 219. Mai et Juin.

Neuberger, Ueber Filamentenuntersuchungen b. chron. Gonorrhöe. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 316.

Neuhaus, Syphilidolog. Beiträge: I. 6 Fälle von extragenitaler Syphilis-Infektion. — II. Eine kleine, aber merkwürd. syph. Endemie. — III. Bemerkungen zum *Baumés*'schen Gesetz. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 12. p. 616.

Posner, C., Ein Fall von „Plaque indurée“ am Penis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 24.

Proksch, J. K., Ueber Syphilis der Harnleiter. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 2. p. 221.

Rasch, C., Syphilis hereditaria tardiva; Imbecillitet; Rester af parenkymatös Keratitis; radiäre arlignende Furer omkring Munden. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 25. S. 628.

Reichmann, Max, 2 Fälle isolirter gonorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 1. p. 91.

Reinecke, G., Ueber tertiär syphilit. Mastitis. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 8 u. 9.

Rendu, H., Stigmates dystrophiques de syphilis héréditaire et malformation cardiaque congénitale. Développement d'une syphilis acquise, rapidement modifiée par le traitement spécifique. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 28. p. 73. Juillet 11.

Schuftan, A., Zur Prophylaxe d. Trippers. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 58.

Schuster, Zur Behandlung des Rheumatismus gonorrhoicus. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 478.

Sedlmayr, Die Fortschritte d. Gonorrhöebehandlung. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 302.

Séjournet, Contribution au traitement de la blennorrhagie. Gaz. des Hôp. 53.

Shaw-Mackenzie, John A., Reinfection in syphilis; *Profeta's* law. Brit. med. Journ. June 10. p. 1440.

Tschiriew, S., Ueber d. Behandl. d. Syphilis im Allgem. u. über diejen. d. Tabes postsyphilitica im Besondern. Mon.-Schr. f. Psychiatr. u. Neurol. V. 6. p. 440.

Ustved, Yngvar, De veneriske sygdomme i Kristiania i 1898. Tidsskr. f. d. norske lägeforen XIX. 15. S. 522.

Weber, Leonard, Syphilitic affections of the heart and lungs. Post-Graduate XIV. 5. p. 328. May.

Weiss, Hugo, Die gonorrhoischen Gelenkaffektionen. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 10.

Wermann, Ueber Syphilis. Schmidt's Jahrbb. CCLXIII. 149.

Werther, Ueber Tripper. Schmidt's Jahrbb. CCLXIII. p. 152.

Wetzel, Gonorrhoische Sehnenscheidenentzündung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 22.

S. a. III. van Niessen, Scholtz. IV. 2. Renault; 7. Milian; 8 Buchholz, Burr, Fraenkel, Gilles, Homén, Japha, Knotz, Krewer, Mesnard, Oberwarth. V. 2. d. *Harnröhrenstrikturen;* 2. e. Boinet, Masset. VI. Foulerton, Kolischer, Swisser. IX. Nonne. X. Brixa, Bull, Grant, Henle, Jamison, Vignes. XIII. 1. Wolff; 2. Baum, Berg, Bettmann, Engelmann, Grön, Klingmüller, Neisser, Panichi, Pellizzari, Schuster, Somogyi, Welander, Werler. XV. *Prostitution.*

12) *Parasiten beim Menschen.*

Barbagallo, Pietro, Sulla conservazioni e degli elminti parassiti in formalina. Gazz. degli Osped. XX. 73.

Braun, M., Trematoden d. *Dahl*'schen Sammlung aus Neu-Guinea, nebst Bemerkungen über endoparasit. Trematoden d. Cheloniden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20.

Braun, M., Eine neue Calicotyle-Art des Mittelmeers. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 2 u. 3.

Celli, A., ed O. Casagrandi, Per la distribuzione delle zanzare. Suppl. al Policlin. V. 37. p. 1153.

Chalmers, Albert J., A case of pentastoma constrictum. Lancet June 24.

Daniels, C. W., The probable parental form of the sharp-tailed filaria found in the blood of the aboriginals of British Guiana. Brit. med. Journ. June 17.

Eve, Frederic; J. Mc Carthy, and H. L. Barnard, 2 cases of filariasis, one exhibiting so-called varicos groin glands and the other chylous hydrocele and lymphatic varix of the spermatic cords. Lancet May 20. p. 1362.

Fuhrmann, O., Das Genus Prosthecocotyle. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 24.

Fuhrmann, O., Mittheilungen über Vogeltänien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 2 u. 3.

Garrè, C., Die erfolgreiche intraperitonäale Verimpfung von Echinokokken. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 393.

Goldenberg, B., Echinococcus multiplex d. Leber u. Pleura. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26.

Gwyn, Norman B., Ein 5. Fall von Trichinosis mit Vermehrung d. eosinophilen Zellen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21 u. 22.

Huber, J. Ch., Bibliographie d. klin. Entomologie (Hexapoden, Acarinen) Heft 2. Inhalt: Demodex, Leptus, Dermanyssus, Argus, Ixodes, Pediculoides, Tetranychus, Tyroglyphus u. diverse Pseudoparasiten. Jena. Druck d. Fromman'schen Buchdr. 8. 24 S.

Railliet, A., Sur la classifikation des téniadés. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 1.

Rosqvist, Ina, Trichocephalus dispar. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 6. s. 798.

Samways, D. W., The extirpation of the mosquito. Brit. med. Journ. July 8. p. 119.

Shegalow, J. P., Ein Fall von Balantidium coli b. einem 5jähr. Mädchen. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 4. p. 425.

Subbotic, V., Erfahrungen über Echinococcus. Wien. klin. Wchnschr. XII. 24.

Verdun, Ankylostomiase et anémie des mineurs. Echo méd. du Nord III. 23. — Gaz. hebd. XLVI. 49.

Verdun, P., Notes sur quelques cas de pseudoparasitisme observés chez l'homme. Echo méd. du Nord III. 28.

Williams, D. J., 2 cases of cysticercus. Brit. med. Journ. July 15. p. 143.

S. a. III. Amat, Bastianelli. IV. 3. Levy; 5. Panichi, Rummo, Sacquépée; 8. Goodliffe, Hensen. V. 1. Garrè; 2. c. Brentano, Dieulafoy, Riemann, Spadero. VI. Chrobak, Madden, Simons.

V. Chirurgie.

1) *Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Operations- u. Verbandlehre.*

Åkerman, J. H., Om den operative behandlingen af arthritis deformans. Nord. med. ark. N. F. X. 2. Nr. 10.

Alger, Ellice M., Cutaneous burns and their treatment. Therap. Gaz. 3. S. XV. 6. p. 379. June.

Amann, J. A., Ueber Angiotripsie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 1. p. 59.

Beiträge zur klin. Chirurgie, red. von *P. v. Bruns*. XXIV. 1. 2. Tübingen. H. Laupp'sche Buchh. Gr. 8. 435 S. mit 46 Abbild. im Text u. 10 Tafeln. — Suppl.-Heft. Das. Gr. 8. 245 S.

Berger, Paul, Ostéomalacie masculine; déformations extrêmes du squelette. Presse méd. VII. 52.

Bericht über d. Verhandlungen d. deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. XXVIII. Congr., abgehalten vom 5.—8. April 1899. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 27. Beil.

Briegleb, Karl, Zur *Schleich*'schen Infiltrationsanästhesie u. ihrer Durchführbarkeit bei grossen Operationen. Vereinsbl. d. pfälz. Aerzte XV. 4. p. 67.

Briegleb, Karl, *Schleich* u. *Oberst*. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 15. p. 500.

Brunner, Bericht d. chirurg. Abth. [im Krankenh. rechts d. Isar]. Ann. d. Krankenh. zu München p. 45.

Burrage, W. L., The care of the hands for those who practise surgery. Boston med. and surg. Journ. CXL. 24. p. 574. June.

Burrall, F. A., Treatment of a supposed „kissingbug" wound, followed by prompt recovery. New York med. Record LVI. 3. p. 87. July.

Charon, R., Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 1. p. 24. Juillet—Août.

Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17—20. — Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 18. 19. 20. — Deutsche med. Wochenschr. XXV. 18. 19. 20. Beil. — Wien. med. Presse XL. 18—21. 26. 27. 29. 30.

Craster, Edward E., Wounds caused by some projectiles and their treatment. Lancet April 29.

Curtis, B. Farquhar, Fever in aseptic surgery. Med. News LXXIV. 25. p. 785. June.

Eicken, Carl von, Ueber d. Desinfektion inficirter Wunden. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 353.

Eisendrath, Daniel N., Treatment of infected wounds. Medicine V. 6. p. 441. June.

Festenberg, Die Untersuchung d. Schusswunden, mit vorwiegender Berücksicht. d. neuen Handfeuerwaffen. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 5. p. 257.

Fielden, Victor G. L., The dangers of chloroform narcosis. Brit. med. Journ. May 27. p. 1273.

Forgue, E., La technique de greffes de *Thiersch*. Semaine méd. XIX. 31.

Frakturen s. III. *Muscatello*. IV. 8. *Cestan, James, Schulz*. V. 1. *Charon, Lambret*; 2. a. *Le Fur, Mahé, Marsh, Patel, Phelan, Vautrin, Venturi*; 2. b. *Billot, Warren*; 2. c. *Bauer*; 2. e. *Broca, Grünwald, Holstein, Hutchinson, Linoro, Majewski, Parry, Perman, Pomara, Roberts, Schipmann, Waitz, Wissemans, Wörner*.

Franke, Felix, Ueber Ostitis fibroplastica. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 186.

Franke, Felix, Ueber einige chirurg. wichtige Complikationen u. Nachkrankheiten d. Influenza. Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 648.

Fremdkörper s. III. *Binaghi*. IV. 3. *Killian*; 5. *Camerer, Eisele, Metzner, Morestin, Remy*. V. 1. *Galeazzi, König, Wildt*; 2. a. *Barker, Cabot, Cheever, Harrington, Jones, Mixter, Morestin, Post, Vautrin*; 2. c. *Briggs, Legueu, Mitchell, Moriarta*; 2. d. *Doebbelin, Friedländer, Nicholson, Trzebicki*. X. *Erb, Groenouw*. XI. *Clark, Haike, Hopkins, Wladimiroff*.

Friedrich, P. L., Experiment. Beiträge zur Frage nach d. Bedeutung 1) d. Luftinfektion f. d. Wundbehandlung, 2) d. innergewebl. Druckes f. d. Zustandekommen d. Wundinfektion. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 458.

Galeazzi, R., Ueber die Lagebestimmung von Fremdkörpern vermittels Röntgenstrahlen. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 18.

Garrè, Ueber neue Operationsmethoden d. Echinococcus. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 227.

Geppert, J., Eine neue Narkosenmethode. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. 28. 29. vgl. a. 19. (Beil.)

Gocht, Hermann, Ueber Blutergelenke u. ihre Behandlung. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 482. — Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. p. 2.

Goldschmidt, Alfred, Ein Instrumentenständer f. prakt. Aerzte u. insbes. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte. Aerztl. Polytechn. 6.

Gottstein, G., Beobachtungen u. Experimente über d. Grundlagen d. Asepsis. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 129. 284.

Graetzer, H., Ueber Späteiterung nach Schussverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 435.

Grimm, F., Zur Behandlung u. Pflege bei weiten Fisteln von Hohlorganen u. b. Incontinenz. Aerztl. Polytechn. 5.

Handbuch der prakt. Chirurgie, herausgeg. von *E. von Bergmann, P. von Bruns* u. *J. Mikulicz*. Lief. 2. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. S. 193—384. 4 Mk.

Harrington, F. B., Burn from the use of hot water bag. Boston med. and surg. Journ. CXL. 15. p. 353. April.

Heidenhain, Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn *Briegleb* in Nr. 3 u. 4 d. Bl. [Lokalanästhesie]. Vereinsbl. d. pfälz. Aerzte XV. 5. p. 85.

Henle, A., Klin. u. experiment. Beiträge zur Lehre von d. Transplantation ungestielter Hautlappen. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 1.

Hirtz, Edg., et Prosper Merklen, Ostéopathie chronique à type non classé. Presse méd. VII. 33.

Hitschmann, F., u. O. Th. Lindenthal, Ueber d. Gangrène foudroyante. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 77.

Hobdy, W. C., An old plaster splint modified and a new one. New York med. Record LV. 20. p. 712. May.

Hochstetter, Untersuchungen über d. Qualität u. Desinfektionsfähigkeit einiger Sorten elast. Katheter u. Bougies. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 6. p. 338.

Hoffa, Albert, Zur Lehre von d. Sehnenplastik. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 30.

Johnson, Alexander B., Local anaesthesia. New York med. Record LV. 23. p. 810. June.

Justi, Ueber den äusseren Milzbrand d. Menschen. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. II. 2. p. 173.

Kirmisson, E., Lehrbuch d. chirurg. Krankheiten angeborenen Ursprungs. Autoris. Uebersetzung von *Carl Deutschlaender*. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. XII u. 624 S. mit 312 in d. Text gedr. Abbild. 15 Mk.

Knochen- u. Gelenkkrankheiten s. II. *Bähr, Lucas*. III. *Beck, Enderlen, Stubenrauch, Winkler*. IV. 2. *Morer*; 7. *Weisz*; 8. *Etienne, Fuchs, Gnesda, Hirschfeld, Love, Makuna, Nartowski, Pauly, Sabrazès, Schultze, Sokoloff, Tooth*; 9. *De Bruin*; 11. *Bloch, Weiss*. V. 1. *Åkerman, Berger, Franke, Gocht, Hirtz, Küttner, Löwenstein, Maylard, Roeseler, Siegert, Sternberg, Thomas*; 2. a. *Baudron, Broeckaert, Butler, Carrel, Cordes, Körner, Marion, Menière, Page, Seggel, Valan*; 2. b. *Barwell, Bechterew, Ehret, Galvagni, Haudek, Herdtmann, Hoffa, Hoffmann, Lange, Myers, Schulthess, Trendelenburg*; 2. c. *Chavannaz*; 2. d. *Knox*; 2. e. *Boinet, Bruns, Dörner, Duplay, Hasebroek, Hobson, Jaboulay, Jedlička, Jottkowitz, Lockwood, Masset, Monks, Morestin, Mouchet, Ollier, Pels, Potherat, Steinthal, Sudeck, Thilo, Vulpius, Walter*. XI. *Hasslauer, Holm, Kraus*. XVIII. *Waldmann*.

Kocher, Theodor, On some conditions of healing by first intention, with special reference to disinfection of hands. Boston med. and surg. Journ. CXL. 25. p. 541. June.

König, Die Geschichte d. Fremdkörper in d. Gelenken. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 49.

Köppen, A., Zur Spätnaht. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 26.

Krause, Ludwig, Ueber holzharte Entzündung

des Bindegewebes (Phlegmon ligneux *Reclus*). Chir. Centr.-Bl. XXVI. 17.

Küttner, H., Die Osteomyelitis tuberculosa des Schaftes langer Röhrenknochen. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 449.

Kurz, Edgar, 2 einfache, leicht transportable Vorrichtungen f. d. Steinschnittlage u. f. d. Beckenhochlagerung in d. Privatpraxis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 27.

Lambret, La médication thyroïdienne dans les fractures. Echo méd. du Nord III. 24.

Lennander, K. G., Ueber d. Möglichkeit, Thrombose in d. Venen d. unteren Extremitäten nach Operationen zu verhüten, nach denen längeres Stillliegen nöthig ist. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 19.

Löwenstein, Jakob, Ueber örtl. u. metastat. Eiterungen des Knochenmarks. Inaug.-Diss. Jurjew (Dorpat). Druck von C. Mattiesen. 8. 54 S.

Loison, Ed., De l'emploi des radiations de *Roentgen* en chirurgie d'armée. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 6. p. 435. Juin.

Lundmark, Rudolf, Rapport öfver operationer, utförda å Akademiska sjukuset i Upsala, år 1898. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 6 och 7. s. 487.

Luxationen s. IV. 8. *Huchzermeyer*. V. 2. b. *Butler, Fergusson;* 2. c. *Wilhelm;* 2. e. *Abbott, Beckitt, Ducroquet, Elliot, Given, Hoffa, Kollmann, Krumm, Lange, Luys, Macalister, Watkins, Wolff.*

Macartney, Duncan, Nerve suturing. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 357. May.

Madelung, Ueber Behandl. d. Carbunkels. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 454.

Majewski, Konrad, Neue Untersuchungen über d. Einwirkung d. Ricochetschüsse auf todte Ziele (8 mm-Stahlmantelgeschosse auf 600 Schritte Distanz). Wien. med. Presse XL. 25.

Marwedel, G., Jahresber. der Heidelberger chir. Klinik f. d. J. 1897. Mit einem Vorworte von *V. Czerny.* [Beitr. z. klin. Chir. XXIV. Suppl.-Heft.] Tübingen. H. Laupp. Gr. 8. 245 S. 11 Mk.

Maylard, A. Ernest, Erasion versus excision in childhood or the remote effects of excision or erasing tuberculous joints in children. Edinb. med. Journ. N. S. V. 6. p. 577. June.

Mikulicz, J., Die Desinfektion d. Haut u. Hände mittels Seifenspiritus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 24.

Miller, Julius, Zur Verwendung gestielter Hautlappen. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 250.

Miller, J. Preston, Preparing for the knife in European hospitals. New York med. Record LVI. 3. p. 81. July.

Minervini, Rafael, Vorschlag zu einer ausziehbaren versenkten Naht. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 20.

Novaro, G. F., Asepsis u. Antisepsis in d. Chirurgie. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 162.

Patel, Sur un cas de brûlure tres étendue chez un enfant, traitée par les injections massives de sérum artificiel. Lyon méd. XCI. p. 73. Mai.

Peters, E. A., The use of suprarenal extract in conjunction with cocaine to obtain bloodless and painless operation. Brit. med. Journ. July 8. p. 85.

Poelchen, Universal-Operations- u. Untersuchungs-Tisch. Aerztl. Polytechn. 5.

Quervain, F. de, Zur Verwendung der Tabaksbeutelnaht. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 27.

Reverdin, Auguste, Plus de bras pendants durant les opérations. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 348. Mai.

Roeseler, Paul, Beiträge zur Osteomyelitis, mit besond. Berücksichtigung d. Therapie u. der Heilerfolge. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 243., Chir. 73.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 30 S. 75 Pf.

Ross, T. A., Chloroform sickness. Edinb. med. Journ. N. S. V. 6. p. 591. June.

Rothschild, H. de, et Ducroquet, Les appareils orthopédiques en celluloïde. Progrès méd. 3. S. IX. 25.

Ruggi, Giuseppe, De la simpatectomia al collo ed all'addome. Policlinico VI. 10. p. 193.

Scheube, Bodo, Ueber klimat. Bubonen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 182.

Schleich, Ein Besteck zur Anästhesie. Aerztl. Polytechn. 5.

Schloffer, Hermann, Ueber Operationshandschuhe. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 85.

Senger, Emil, Experim. u. klin. Untersuchungen zur Erzielung d. Hautsterilität. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 425.

Sgambati, Oreste, Trequarti esploratore per i tessuti patologici. Suppl. al Policlin. V. 32. p. 993.

Sichel, Gerald, Injuries produced by an explosion of gun-cotton. Brit. med. Journ. June 24.

Siegert, F., Ueber typ. Osteomalacie im Kindesalter. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 229.

Simons, E. M., Zur Angiotripsie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 28.

Sneguireff, W. F., Ueber ein resorbirbares Naht- u. Ligaturmaterial. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 24.

Steiner, 28. Congress d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 11. p. 385.

Sternberg, Maximilian, Vegetationsstörungen u. Systemerkrankungen der Knochen. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Herm. Nothnagel* VII. II. 2.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. 104 S. 3 Mk.

Stoyanov, P. Iv., Une suture sans fils dite à la machine à coudre. Presse méd. VII. 52.

Tanaka, N., Ueber die klin. Diagnose von Endotheliomen u. ihre eigenthüml. Metastasenbildung. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 209.

Tavel, Ueber d. schubweise auftretende entzündl. Schwellung b. Lymphangiomen. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 30.

Terrier, Félix, Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1898. Progrès méd. 3. S. IX. 12. 20.

Thomas, W. Thellwall, 4 cases of bone surgery. Lancet June 3. p. 1491.

Thumim, Leopold, Zur Angiothrypsie mit der Heberklemme. Nebst Bemerkungen von *Theodor Landau.* Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 26.

Timmerman, C. F., Skin-grafting on a large surface. New York med. Record LV. 16. p. 582. April.

Unna, P. G., Weisses Kautschuk-Heftpflaster. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 10. p. 511.

Vulpius, Oscar, Weitere Erfahrungen über die Sehnenüberpflanzung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17.

Whiteside, George Shattuck, A case of melano-sarcoma. Boston med. and surg. Journ. CXL. 20. p. 470. May.

Wildt, A., Ueber Fremdkörper im Röntgenbilde. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 20.

Wullenweber, Ernst, Schnürknöpfe f. abnehmbare Gipsverbände. Aerztl. Polytechn. 7.

Young, W. Mc Gregor, Anaesthetics through a tracheotomy tube. Brit. med. Journ. June 24. p. 1534.

S. a. III. Bier, Braun, Cohn, Cornil, Döderlein, Enderlen, Fischoeder, Helferich, Hibler, Lengnick, Rath, Thorn, Wolff. IV. 2. Haward, Lannelongue; 4. Goebel; 8. *Traumat. Neurosen.* IX. Duplay, Marandon. XIII. 2. *Anaesthetica, Antiseptica, Haemostatica.* XIII. 2. Mac Donald, Spencer, Topal. XIV. 4. Lexer. XV. Ehrmann. XVII. Nimier, Nuguera. XIX. Braatz, Meyer, Weisz. XX. Wölfler.

2) *Specielle Chirurgie.*

a) Kopf und Hals.

Abraham, Die Durchschneidung d. N. mandibularis. Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 224.

Ballet, Gilbert, Trépanation et épilepsie. Gaz. des Hôp. 45.

Barker, Arthur E., Revolverschuss in d. Mund; Hirnerscheinungen am 28. Tag; Entdeckung d. Kugel auf d. Corpus callosum durch Röntgenstrahlen; Entfernung ders. am 69. Tage durch d. Scheitel; Heilung. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 220.

Bauchwitz, Max, Prothese b. Verwachsung d. Rachens mit d. weichen Gaumen. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 4. p. 200.

Baudron, De l'hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 16. p. 428. Avril 18.

Bauer, F., Två fall af hjernabscess efter varig otit. Hygiea LXI. 5. s. 550.

Benjamin, C. E., Een struma op den wortel van de tong. Nederl. Weekbl. II. 4.

Berezowski, S., Note à propos de la trépanation dans l'épilepsie. Gaz. des Hôp. 44.

Berger, Kyste dentifère du maxillaire supérieur. Gaz. des Hôp. 47.

Berger, Paul, Rhinoplastics par la méthode italienne. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 28. p. 67. Juillet 11.

Bloch, Leo, Ein Fall von Empyema antri mastoidei. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 4.

Brewer, George Emerson, Report of 16 osteoplastic resections for intracranial disease. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 5. p. 304. May.

Broeckaert, Carie étendue du temporal avec vaste phlegmon diffus du cuir chevelu. Belg. méd. VI. 24. p. 737.

Butler, T. Harrison, A case of mastoid suppuration with hyperpyrexia and jaundice; operation; recovery. Brit. med. Journ. May 13. p. 1152.

Cabot, A. G., Coin in oesophagus. Boston med. and surg. Journ. CXL. 14. p. 334. April.

Carrel, A., Cancer de la langue ayant envahi le plancher de la bouche et la moitié gauche du maxillaire inférieur. Lyon méd. XCI. p. 379. Juillet.

Cheever, D. W., Oesophagotomy for foreign body. Boston med. and surg. Journ. CXL. 14. p. 330. April.

Coelho, Sabino, Ablation du ganglion de Gasser avec arrachement protubérantiel du trijumeau dans un cas de névralgie faciale rébelle. Revue de Chir. XIX. 5. p. 623.

Cordes, Herm., Zur Behandlung der Keilbeinhöhlenerkrankungen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 5.

Courtney, J. W., Traumatic cerebral edema, its pathology and surgical treatment. Boston med. and surg. Journ. CXL. 15. p. 345. April.

Cullerre, A., Le traitement chirurgical de l'épilepsie. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 1. p. 77. Juillet—Août.

Delanglade, Abcès mastoïdien extra-dural et phlébite des sinus. Gaz. hebd. XLVI. 40.

Dörner, Alexander, Ein Fall von Trachealstenose durch ein Aortenaneurysma; Tracheotomie. Wien. klin. Wchnschr. XII. 23.

Dowd, Charles N., Tubercular cervical lymphnodes. Ann. of Surg. May.

Downie, Walker, Frontal sinusitis. Glasgow med. Journ. LI. 5. 6. p. 341. 435. May, June.

Dubujadoux, Papillome diffus des cordes vocales inférieures; thyrotomie après trachéotomie préalable; guérison. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 6. p. 432. Juin.

Ewart, Wm., Tracheotomy in diphtheria; the after-treatment. Lancet July 15. p. 180.

Fenwick, P. Clennell, Pulsating tumour in the submaxillary region. Brit. med. Journ. June 17.

Föderl, Oskar, Zur Technik d. Larynxexstirpation. Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 803.

Galeazzi, P., ed E. Perrero, La sindrome di *Dejerine-Klumpke* provocata da una ferita del collo. Rif. med. XV. 162.

François-Franck, Signification physiologique de la résection du sympathique dans la maladie de Basedow, l'épilepsie, l'idiotie et le glaucome. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 22. p. 565. Mai 30.

Friedrich, P. L., Krankengeschichten u. Heilausgänge nach Resektion u. Exstirpation des Ganglion Gasseri. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 360.

Gluck, Th., Kehlkopfchirurgie u. Laryngoplastik. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 5. p. 202.

Goris, Double thyrotomie, double trachéotomie pour angiome du larynx chez un enfant de 4 ans; guérison. Presse méd. belge LI. 23.

Goris, De l'extirpation de la langue. Presse méd. belge LI. 28.

Grant, W. W., New operation for epithelioma of the lip. New York med. Record LV. 21. p. 744. May.

Greiffenhagen, W., Ueber Nebenhöhlenempyeme u. deren Folgekrankheiten. Memorabilien XLII. 5. p. 257.

Gunsolus, Kenneth, Cranial abscess. Physic. and Surg. XXI. 5. p. 228. May.

Hajek, M., Die Therapie d. Kieferhöhlenempyems. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 19—24.

Harrington, 3 cases of operation for foreign bodies in the throat by the x-rays. Boston med. and surg. Journ. CXL. 14. p. 332. April.

Heath, Christopher, A case of epithelioma of the tongue; survival for over 23 years after removal of the growth. Lancet May 20. p. 1354.

Hinsberg, Victor, Beiträge zur Entwickelungsgeschichte u. Natur d. Mundspeicheldrüsengeschwülste. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 281.

Hinsberg, V., Die klin. Bedeutung d. Endotheliome d. Gesichtshaut. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 275.

Höfer, Beitrag zur Trepanation b. Epilepsie. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 709.

Honsell, B., Ueber gutartige metastasirende Strumen. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 112.

Jacob, O., Un procédé de résection du ganglion de Gasser. Revue de Chir. XX. 6. p. 29.

Jacqueau, Exophthalmie brusque symptomatique d'une sinusite aiguë frontale. Lyon méd. XCI. p. 200. Juin.

Jones, Robert, Foreign bodies in the pharynx and oesophagus. Lancet May 6.

Juvara, E., Craniectomie temporaire. Presse méd. VII. 51.

Kapsammer, Georg, Cystenkropf, ausgehend von einem papillären Cystadenom einer Nebenschilddrüse. Wien. klin. Wchnschr. XII. 17.

Karewski, Beitrag zur Heilung d. narbigen Kieferklemme. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 20.

Kirk, Robert, Neurotic ulcers of the mouth. Brit. med. Journ. May 20. p. 1213.

Knapp, Arnold H., Ein Fall von chron. Empyem des Sinus frontalis u. ethmoidalis mit Exophthalmus; Operation; Heilung. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 112.

Kocher, Albert, Ueber eine einfache Trepanationsmethode f. intracerebrale Injektionen. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 22. — Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 12. p. 367.

Kocher, Theodor, Ueber einige Bedingungen operativer Heilung d. Epilepsie. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 57.

Körner, Otto, Die eitrigen Erkrankungen des Schläfenbeins. [Die Ohrenheilkunde d. Gegenw. u. ihre Grenzgebiete, herausgeg. von *O. Körner*. I.] Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. IX u. 153 S. mit 3 Taf. in Lichtdruck u. 20 Textabbild. 7 Mk.

Krause, F., Die operative Behandl. d. schweren Occipitalneuralgien. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 357. — Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 469.

Kroenlein, U., Beitrag zur Lehre d. Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe mittels d. schweizerischen Repetirgewehrs Mod. 1889. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 67.

Lambotte, Un cas de craniectomie pour ossification prématurée des os du crâne. Presse méd. belge LI. 22.

Lederman, M. D., An unusual case of sinus thrombosis and epidural abscess complicated by malaria; operation; recovery. New York med. Record LV. 21. p. 750. May.

Le Fur, Fracture de l'étage postérieur et de l'étage moyen de la base du crâne; hémorragie extra-dure-mérienne et surtout pie-mérienne. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 381. Avril.

Legrand, A., Solution anesthésique-hémostatique; son emploi en stomatologie. Bull. de Thér. CXXVIII. 2. p. 60. Juillet 15.

Lucae, A., Operative Heilung eines Falles von otit. Meningitis purulenta. Mit Bemerkungen über d. Deutung u. d. diagnost. Werth d. Schwerhörigkeit auf d. Ohre d. gesunden Seite bei intraduralen, durch einseit. Otitis bedingten Eiterungen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 23.

Mahé, G., Note sur un cas de fracture compliquée du maxillaire inférieur, traité par l'appareil de *Kingsley*. Revue de Chir. XIX. 5. p. 673.

Marion et A. Schwartz, Mastoïdite gauche trépanée; abcès cérébelleux gauche. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 224. Mars.

Marsh, Howard, 2 cases in which fracture of the skull was complicated by laceration of the middle meningeal artery and in which this vessel was ligatured. Lancet May 27. p. 1432.

Matthiolius, Ueber Schädeloperationen b. Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 1.

Menière, E., Observation d'un cas de périostite chronique superficielle de l'apophyse mastoïde, guérie par la pulvérisation d'ipsilène iodoformé. Gaz. des Hôp. 44.

Mixter, S. J., Removal of a peach stone by oesophagotomy. Boston med. and surg. Journ. CXL. 14. p. 331. April.

Morestin, H., Tumeur du crâne comprimant le cerveau et déterminant des crises épileptiformes; extirpation par une large résection crânienne; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. 1. p. 249. Mars.

Morestin, H., Râtelier arrêté dans le pharynx inférieur; abcès rétropharyngien et broncho-pneumonique septique; ouverture de l'abcès et extraction du corps étranger; mort par les accidents pulmonaires. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 358. Avril.

Newman, A case of round- and spindle-celled sarcoma of the pharynx; the tumour removed by operation; no recurrence. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 432. June.

Page, Frederick, A case of ankylosis of the right temporo-maxillary articulation; excision of the right condyle; recovery. Lancet June 17. p. 1632.

Passini, Fr., u. C. Leiner, Ueber einen Fall von Noma faciei. Wien. klin. Wchnschr. XII. 28.

Patel, Maurice, Les fractures du rocher. Gaz. des Hôp. 46. 49.

Perthes, Ueber Noma u. ihren Erreger. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 111.

Phelan, Henry du R., Compound fracture of the skull with escape of brain matter. Boston med. and surg. Journ. CXL. 21. p. 492. May.

Phelps, Charles, Brain injuries. Med. News LXXIV. 22. p. 691. June.

Phillimore, R. H., Acute thyroiditis; suppuration; operation; recovery. Brit. med. Journ. June 17. p. 1462.

Post, A., A case of oesophagotomy for removal of foreign body. Boston med. and surg. Journ. CXL. 14. p. 331. April.

Quervain, F. de, Zur Resektion d. Halsabschnitts d. Speiseröhre wegen Carcinom. Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 858.

Rammstedt, Ein Fall von Milzbrand d. Zunge mit Ausgang in Heilung, nebst Bemerkungen zur Behandlung d. Milzbrandcarbunkels. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19.

Raw, Nathan, Traumatic epilepsy; status epilepticus; trephining; recovery. Brit. med. Journ. May 6.

Reinbach, Georg, Ueber d. Verhalten d. Temperatur nach Kropfoperationen. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 4. p. 606.

Reinhard, Paul, Zur Kenntniss d. Auftretens von Trachealstenose nach Tracheotomie. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 6.

Roosa, Mastoid abscess. Post-Graduate XIV. 6. p. 481. June.

Ryan, J. H., Lymphosarcoma of the neck in an infant. New York med. Record LV. 17. p. 605. April.

Schär, Otto, Beiträge zur Hirnchirurgie mit spec. Berücksichtigung d. Aetiologie u. operativen Behandl. d. Epilepsie. Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 670.

Schmithuisen, Die unblutige Operation d. typ. Nasenrachenpolypen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 24.

Schreiter, F., Ueber d. operative u. prothet. Behandl. d. Defekte u. Difformitäten d. äussern Nase. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 8. p. 383. Aug.

Seggel, Rudolf, Ein Fall von Kieferklemme, bedingt durch interstitielle Myositis d. Masseters. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 485.

Shepherd, Francis J., A lecture on the causes and treatment of hare-lip. Montreal med. Journ. Jan.

Silberberg, J., Eine neue Modifikation d. Cheiloplastik. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 21.

Stansfield, Epileptic insanity associated with mastoid disease; operation; improvement of mental symptoms, and cessation of fits. Brain XXII. 1. p. 160.

Stedman, Charles, Some points in the symptomatology, pathology and treatment of diseases of the sinuses adjacent and secondary to the orbit. New York med. Record LVI. 3. p. 73. July.

Stokes, William, On amputation of the lawer jaw. Brit. med. Journ. June 17.

Sugár, Martin, Tumor d. Ohrmuschel. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 2. p. 94.

Thornton, George, Tracheotomy in diphtheria. Lancet July 8.

Valan, A., Sur la greffe de l'os dans le crâne. Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 287.

Vautrin, Fracture ancienne du crâne; accidents tardifs par implantation d'une esquille dans la 3me. circonvolution; trépanation; mort. Arch. de Méd. et de pharm. mil. XXXIII. 5. p. 371. Mai.

Venturi, Lorenzo, Intervento chirurgico in un caso di frattura temporo-parieto-occipitale. Rif. med. XV. 118. 119. 120.

Violi, Ueber d. Tracheotomie u. d. Intubation. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 282.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Capobianco. IV. 8. *Morbus Basedowii,* Amat, Chipault, Courtney, James, Macuna, Ness; 9. Harris. V. 2. c. Braun, Chavannaz. IX. Pluder. X. *Verletzungen u. Operationen am Auge.* XI. Okada, Seifert. XII. Talbot. XIII. 2. Apert.

b) Wirbelsäule.

Barwell, Richard, On lateral curvature of the spine, its prevention and treatment. Brit. med. Journ. May 20.

Bechterew, W. v., a) Ueber ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule u. der grossen Extremitätengelenke. — b) Neue Beobachtungen u. patholog.-anatom. Untersuchungen über Steifigkeit d. Wirbelsäule. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 1 u. 2. p. 37. 45.

Billot, Fracture de l'atlas; luxation de l'axis (chûte sur la tête n'ayant été suivie d'aucun accident grave). Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 7. p. 38. Juillet.

Brennsohn, J., Ueb. Celluloidmullcorsets. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 18.

Butler, Thomas L., Dislocation of the cervical

vertebrae followed by mania and death. Amer. Pract. and News XXVII. 9. p. 329. May.

Dreesmann, Redressionscorset zur Behandlung d. Skoliose. Aerztl. Polytechn. 7.

Ehret, H., Beiträge zur Lehre d. Skoliose nach Ischias. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 660.

Fergusson, W. Balfour, Partial dislocation of the spine. Lancet July 8.

Galvagni, Ercole, Sopra un caso di ascesso freddo prevertebrale. Gazz. degli Osped. XX. 61.

Haudek, Max, Die moderne Behandl. d. Spondylitis. Wien. med. Presse XL. 27. p. 1152.

Herdtmann, Kyphose d. Lendenwirbelsäule u. Beugecontraktur im Hüftgelenk in Folge von Ischias. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 6. p. 188.

Hoffa, Albert, Die chron. akylosirende Entzündung d. Wirbelsäule. [v. *Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 247, Chir. 74.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 26 S. 75 Pf.

Hoffmann, Aug., Ueber chron. Steifigkeit der Wirbelsäule. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 1 u. 2. p. 28.

Lange, Fritz, Die orthopäd. Behandl. d. Spondylitis. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 153.

Ley, Oskar v., Zur Skoliosenbehandlung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17.

Morestin, H., Traumatismes du rachis cervical. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 417. Mai.

Munro, J. C., Laminectomy. Boston med. and surg. Journ. CXL. 20. p. 472. May.

Myers, T. Halsted, Non-tubercular inflammation of the spine. Med. News LXXIV. 21. p. 641. May.

Schanz, A., Das modellirende Redressement schwerer Skoliosen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29. Beil.

Schulthess, W., a) Spondylitis cervicalis. — b) Scoliosis totalis dextroconcava. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 10. p. 304. 307.

Silfverskiöld, P., Fall af kyfos med framgång behandladt enligt *Calot's* metod. Hygiea LXI. 4. s. 485.

Taylor, J. Madison, Lumbar puncture followed by relief of symptoms. Therap. Gaz. 3. S. XIV. 4. p. 220. April.

Trendelenburg, Ueber d. Resektion d. Wirbelbogen b. spondylit. Lähmungen. Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 614.

Walton, G. L., Spinal curvature from occupation, accompanied by amyotrophic lateral sclerosis. Boston med. and surg. Journ. CXL. 16. p. 376. April.

Warren, J. C., a) Fracture of the lumbar vertebrae; laminectomy. — b) Laminectomy for pressure symptoms in a case of syringomyelia. — c) Fibroma of the spinal cord; removal; complete recovery. Boston med. and surg. Journ. CXL. 20. p. 472. 473. May.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 1. Zboray; 2. Faber, Langer; 8. Bailey, Cestan, Perman. VIII. Pfaundler. XVI. Blasius.

c) Brust, Bauch und Becken.

Adenot, Angiocholite ancienne avec ictère; laparotomie; massage du foie et des voies biliaires; guérison. Lyon méd. XCI. p. 161. Juin.

Albespy, Traitement de l'appendicite. Bull. de Thér. CXXXVII. 22. p. 860. Juin 15.

Alessandri, Roberto, Sulla chirurgia delle vie biliari. Policlin. VI. 8. 10. 12. p. 182. 230. 260.

Aust, Carl, Die Behandlung d. Pleuraempyeme mittels d. *Bülau*'schen Heberdrainage. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 14. p. 461.

Barker, Arthur E., On some cases illustrating the surgery of the stomach. Brit. med. Journ. May 27.

Battle, W. H., A case of irreducible femoral hernia containing the vermiform appendix; operation; recovery. Lancet May 6. p. 1223. June 17. p. 1631.

Battle, W. H., A case of partial enterocele; operation; recovery. Lancet July 22. p. 214.

Bauer, F., Två fall af cancer oesophagi behandlade med gastrostomi enligt *Marwedel*. Hygiea LXI. 5. s. 546.

Bauer, F., Fall af contusio abdominis cum haemorrhagia int., vulnus cont. frontis; fractura claviculae dextrae; laparotomi; helsa. Hygiea LXI. 5. s. 560.

Bayer, Carl, Akuter intraperitonäaler Erguss als Symptom innerer Einklemmung (Bruchwasseranalogon). Chir. Centr.-Bl. XXVI. 23.

Bell, John, Protrusion of the intestines in a newborn child. Lancet June 3. p. 1490.

Bérard, L., et X. Delore, De l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel. Revue de Chir. XIX. 5. 6. p. 585. 745.

Bevan, Richard, After-progress and treatment of 2 cases of gastro-enterostomy. Lancet May 20.

Bishop, E. Stanmore, 2 cases of abdominal surgery. Lancet July 8. p. 91.

Bolton, P. R., Bullet wound of the liver and lung; operation; recovery. Med. News LXXIV. 24. p. 763. June.

Booth, Carlos C., A case of resection of bowel for carcinoma. New York med. Record LV. 16. p. 561. April.

Borelius, Jacques, 200 radikaloperationer för bråck utförde på Karlskrona lasarett 1891—1897. Nord. med. ark. N. F. X. 1. Nr. 4.

Boyd, Stanley, Oöphorectomy and thyroid extract in recurrent mammary cancer. Lancet April 29. p. 1181.

Braquehaye, J., Etranglement de l'appendice par bride simulant une appendicite à répétition; réséction de l'appendice à froid; guérison. Gaz. hebd. XLVI. 56.

Braun, Heinrich, Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopfe, Halse, Nacken u. linkem Arm in Folge von Compression d. Unterleibs. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 599.

Braun, H., Demonstration eines Präparates einer 11 Mon. nach d. Ausführung d. Gastro-Enterostomie entstandenen Perforation d. Jejunum. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 157.

Breeding, W. J., Empyema of the pleural cavity. Med. News LXXIV. 24. p. 762. June.

Brentano u. Benda, Ein Fall von multilokulärem Echinococcus. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 206.

Briggs, Henry, Bone chrocket hook (4$^1/_2$ inches long) accidentally lodged within the peritoneal cavity. Brit. med. Journ. June 10.

Buday, Koloman, Proliferirendes Adenocystom der Mamma mit Flimmerepithelien. Virchow's Arch. CLVI. 2. p. 395.

Bull, William T., Notes on cysts of the breast. New York med. Record LV. 16. p. 567. April.

Buschke, H., Ueber Bubobehandlung. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 6. p. 272.

Cadwallader, R., Strangulation of the intestine with few symptoms. New York med. Record LV. 20. p. 714. May.

Cameron, H. C., Case of subserous pedunculated spindle-celled sarcoma of the ileum with torsion of the pedicle. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 378. May.

Carle, A., e G. Fantino, Contributo alla patologia e chirurgia dello stomaco. Policlin. VI. 8. p. 155.

Carlson, Barthold, Laparotomierna vi Sahlgrenska sjukhuset under år 1898. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 6 o. 7. s. 459.

Carpenter, P. T., An unusally large liver abscess; operation; recovery. Brit. med. Journ. July 22. p. 268.

Cathelin, F., Appendicites aiguës chez les tuberculeux. Presse méd. VII. 49.

Ceccaroni, Umberto, Colecistotomia per calcoli biliari. Gazz. degli Osped. XX. 73.

Chavannaz, Ostéosarcome costal; extirpation;

ouverture accidentelle du péricarde chez une femme ayant subi, 3 ans auparavant, la réséction du maxillaire supérieur gauche pour sarcome de cet os; guérison. Gaz. hebd. XLVI. 58.

Chavasse, Thomas F., Note on a case of hernia of the vermiform appendix into an old femoral sac. Lancet June 10. p. 1561.

Cheyne, W. Watson, Further statement as to results obtained by operation for cancer of the breast. Lancet June 3. p. 1516.

Cobb, Farrar, Case of imperforate anus. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 1. p. 6. July.

Coe, Henry C., Crural thrombosis following aseptic coeliotomy. Med. News LVI. 1. p. 4. July.

Commandeur et Thevenot, Sur le traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein. Lyon méd. XCI. p. 107. Mai.

Crerar, J. W., Notes on a case of abscess of the lung successfully treated by drainage. Brit. med. Journ. May 20.

Crile, George W., Laparotomy for tubercular peritonitis. Bull. of the Clevel. gen. Hosp. I. 1. p. 1. Jan.

Cripps, Harrison, Retroperitoneal tumour connected with the sacral plexus. Brit. med. Journ. July 1. p. 10.

Dalziel, T. K., A successful case of laparotomy for perforated enteric ulcer. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 423. June.

D'Antona, Antonino, A proposito di un caso di stenosi pilorica. Rif. med. XV. 161.

Dartigues et Bonneau, Lipomatose monstrueuse principalement localisée à la partie sous-diaphragmatique du corps. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 3. p. 216. Mai et Juin.

Deganello, Umberto, Ricerche sul ricambio materiale di una donna a cui fu asportato lo stomaco. Rif. med. XV. 136.

Delanglade, Imperforation ano-rectale d'abord traité par le procédé du trocart; anus artificiel au 50me jour. Gaz. hebd. XLVI. 47. — Gaz. des Hôp. 66.

Delore, X., Péritonite par perforation d'un ulcère latent de l'estomac; laparotomie; mort 10 jours et demi après. Lyon méd. XCI. p. 125. Mai.

Delorme, Plaie pénétrante de poitrine par arme à feu. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 24. p. 644. Juin 13. — Gaz. des Hôp. 67,

Dieulafoy, Discussion sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 22. p. 530. Mai 30. — Presse méd. VII. 43.

Dubar, Cholécysto-jéjunostomie pour un cas de cancer de la tête du pancréas. Echo méd. du Nord III. 25.

D'Ursi, Enrico, 13 laparotomie per ferite penetrante dell'addome. Rif. med. XV. 164—168.

Ebstein, Ludwig, Ueber d. Werth d. Laparotomie als Heilmittel gegen Peritonäaltuberkulose. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 9. 10. 11. p. 282. 330. 366.

Eccles, W. Mc Adam, The treatment of inguinal hernia in children. Brit. med. Journ. May 13.

Eccles, W. Mc Adam, Note on hernia of the vermiform appendix. Lancet May 20. p. 1360.

Edebohls, George M., The hernia guarantee and the minimum of confinement after operations for appendicitis with and without pus. New York med. Record LV. 19. p. 665. May.

Eichel, Die Schussverletzungen d. Herzbeutels. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 1.

Eitel, G. G., A rare omental tumor. New York med. Record LV. 20. p. 715. May.

Erdberg-Candan, X. v., Ein Fall von Achsendrehung d. Coecum. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 20.

Eve, Frederic, 2 cases of resection of the large intestine, with recovery. Brit. med. Journ. May 13.

Felkl, Gustav, Ueber eine neue Art d. Drainage b. Empyem-Operationen. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 27.

Fenwick, P. Clennell, Rupture of a cancerous stomach during operation. Brit. med. Journ. May 20. p. 1215.

Fleischhauer, C., Ueber einen seltenen Fall von Pylorusstenose, verursacht durch einen Gallenstein (Pylorusresektion; Cholecystektomie). Deutsche med. Wochenschr. XXV. 17.

Fossard, Gros calcul biliaire, extrait par cholécystotomie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 290. Mars.

Frazer, J. Ernest, A suggestion for treating the attached border in simple suture of the intestine. Lancet May 13.

Froelich, R., De la cure radicale des hernies par glissement du gros intestin. Gaz. hebd. XLVI. 33.

Fürst, C. M., Om genombrott af mesocolon transversum. Hygiea LXI. 4. s. 502.

Garampazzi, C., Piopneumotorace anterosuperiore sinistro. Gazz. degli Osped. XX. 76.

Géraud, P., Perforation secondaire, post-opératoire, d'une anse intestinale étranglée. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 311. Mars.

Gersuny, R., Ueber eine typ. peritonäale Adhäsion. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 102.

Gerulanos, M., Ein Beitrag zur Behandl. alter Empyeme mittels ausgedehnter Thorakoplastik. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 550.

Göbell, Rudolf, Ein Bauchwandcarcinom der Regio epigastrica. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 347.

Goldscheider, E., Ein auf operativem Wege zur Heilung gebrachter Fall von fibrinös-jauchigeitriger allgem. Peritonitis. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 26. 28.

Grad, Hermann, Successful excision of gastric ulcer. New York med. Record LV. 19. p. 670. May.

Graser, Ernst, Das falsche Darmdivertikel. Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 638.

Gratz, Tödtl. Darmblutung nach einem Unfall. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27.

Gray, Frank D., Surgical treatment of general peritonitis. New York med. Record LV. 16. p. 566. April.

Greer, W. Jones, A case of recurrent appendicitis; operation; recovery. Lancet May 6.

Gross, H., Erfahrungen über Pleura- u. Lungenchirurgie. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. 2. p. 237—287.

Grosser, Otto, Ueber Zwerchfellhernien. Wien. klin. Wchnschr. XII. 24.

Hansmann, Verfahren zur Herstellung eines Bruchbandes, dessen Pelotte genau d. anatom. Verhältnissen angepasst ist. Aerztl. Polytechn. 6.

Harrington, F. B., Apparatus for flushing the abdominal cavity. Boston med. and surg. Journ. CXL. 15. p. 353. April.

Hartmann, Henri, Gastrorrhaphie et gastropéxie combinées. Gaz. hebd. XLVI. 34.

Heidenhain, L., Ueber einen Fall von Mediastinitis suppurativa postica, nebst Bemerkungen über die Wege, in's hintere Mediastinum einzudringen. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 199.

Herczel, E., Beiträge zur operativen Behandlung der narbigen Pylorusstenose. Ungar. med. Presse IV. 23 u. 24.

Herman, G. Ernest, Oöphorectomy and thyroid extract in recurrent mammary cancer. Lancet May 6. p. 1254.

Hernie ombilicale de l'adulte. Gaz. des Hôp. 56.

Herzog, Ludwig, Ueber einige therapeut. Aufgaben u. Erfolge d. Krankenpflege b. Bauchfell- u. Blinddarmentzündung. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 5. p. 120.

Hickey, Preston M., Thoracic tumors. Physic. and Surgeon XXI. 5. p. 223. May.

Higgins, F. A., Imperforate rectum. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 1. p. 6. July.

Hiller, Th., Ueber Darmlipome. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 509.

Hochenegg, Julius, Ein Fall von Perforation d. Gallenblase gegen d. freie Bauchhöhle, geheilt durch Operation. Wien. klin. Wchnschr. XII. 21.

Horrocks, W.H., Fibrous stricture of the rectum. Brit. med. Journ. June 3.

Hubbard, W. L., A case of severe multiple injuries; laparotomy; death in 3 months. Lancet July 15. p. 156.

Hurdon, Primary cancer of the appendix. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 99. p. 116. June.

Jaboulay, Interventions pour maladies du pylore. Lyon méd. XC. p. 607. Avril.

Jaboulay, Ulcère du duodénum; duodénoplastie. Lyon méd. XCII. p. 292. Juillet.

Kammerer, Frederick, Remarks on the incision at the outer border of the rectus for appendicitis. New York med. Record LV. 23. p. 809. June.

Kammerer, Frederick, A further contribution to exclusion of the intestine. New York med. Record LVI. 1. p. 2. July.

Keitler, Heinrich, Zur Casuistik d. Pankreascysten. Wien. klin. Wchnschr. XII. 29.

Kelly, C. E. M., and W. D'Este Emery, A case of colloid carcinoma of the breast; recurrence and dissemination. Lancet May 13.

Kerstan, A., Intussusception von 1.25 m Dickdarm; Operation; Heilung. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 615.

Kiderlen, Franz, Die teratoiden Geschwülste d. Kreuzbeingegend vom klin. Standpunkte nebst Mittheilung eines einschläg. Falles. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 87.

Knaggs, R. Lawford, 4 unusual cases of hernia. Brit. med. Journ. June 3.

Knox, D. N., a) Tubercular peritonitis; cured by laparotomy. — b) Appendicitis; appendicular abscess; operation; subsequent development of abscesses in abdominal wall. — c) Gall-stones removed by cholecystotomy. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 2. 3. 5. July.

König, 2 Darmresektionen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 29.

Kraft, Ludwig, Den peritonäale Septikämi og dens Behandling. Nord. med. ark. N. F. X. 1. Nr. 1.

Kümmell, Hermann, Ueber Resektion d. Colon descendens u. Fixation d. Colon transversum in d. Analring. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 555.

Lanz, Otto, Anlässlich einer „kalten“ Amputation d. Wurmfortsatzes. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 12.

Laplace, Ernest, Intestinal anastomosis by means of a new forceps. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 99. p. 113. June.

Lardennois, H., Expériences pratiquées chez le chien sur un nouveau procédé d'anastomose entérorectale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 300. Mars.

Lauenstein, Carl, Die Heberpunktion bei Operation in d. Bauchhöhle. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 23.

Lauenstein, Carl, Der Ventilverschluss in den Gallenwegen durch Steine u. seine Folgezustände. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 29.

Ledderhose, Ein Fall von Gastroenterostomie wegen Stenose d. untern Duodenum. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 153.

Le Fur, R., Perforation traumatique de l'estomac; gastrotomie; guérison. Presse méd. VII. 38.

Legueu, F., Corps étranger du rectum. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 472. Mai.

Lennander, K. G., Om intraabdominel kompression af aorta vid bukoperationer. Hygiea LXI. 4. S. 420.

Lennander, K. G., M. sphincter ani zerstört durch eine Phlegmone; plast. Operation mit Hülfe d. Mm. levatores ani u. Mm. glutaei maximi; Continentia ani. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 25.

Lipstein, Alfred, Casuist. Beiträge zur Leberchirurgie. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 152.

Loison, Ed., Des blessures du péricarde et du coeur et de leur traitement. Revue de Chir. XX. 6. 7. p. 37. 773.

Lucas-Championnière, Plaie de poitrine. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 20. p. 498. Mai 16. — Gaz. hebd. XLVI. 41. — Gaz. des Hôp. 56.

Lucke, Robert, Die verschiedenen Arten der Gastroenteroanastomose. Wien. klin. Wchnschr. XII. 20.

Ludloff, K., Zur Pathologie u. Therapie d. Rectumprolapses. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 447.

Lund, F. B., A case of operative injury of the thoracic duct. Boston med. and surg. Journ. CXL. 15. p. 354. April.

McKay, V., A case of volvulus in an infant; laparotomy; recovery. Brit. med. Journ. May 20. p. 1215.

Mallet, J., et Surrel, Abcès sous-phrénique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 240. Mars.

Mandl, Jacob, Ueber d. fortschreitende Vermehrung d. Hernien in d. k. k. [österr.] Armee. Militärarzt XXXIII. 9.

Mariau, A., A propos d'un cas d'appendicite. Echo méd. du Nord III. 29.

Marie; Berthier et Milian, Kyste dermoïde du mésentère. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 267. Mars.

Marion, Plaie de la grosse tubérosité de l'estomac par balle de revolver. Arch. gén. N. S. I. 5. p. 585. Mai.

Marsh, Howard, On the method of operating for umbilical hernia whether for radical cure or when strangulation has occurred. Brit. med. Journ. June 17.

Martin, Edward, Operation for perforation in a case of typhoid fever. Univers. med. Mag. XI. 9. p. 502. June.

Martin, Edward, Resection of a portion of the sigmoid flexure for the cure of recurrent carcinoma. Univers. med. Mag. XI. 10. p. 587. July.

Mauclaire, Occlusion intestinale par étranglement de l'intestin dans une grande perforation du mésentère. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 247. Mars.

Maylard, A. Ernest, The nomenclature of operations upon the alimentary canal. Brit. med. Journ. July 8. p. 120.

Meyer, Edw. von, Ueber einen geheilten Fall von Lungengangrän auf embol. Wege entstanden, b. sept. Abort; Pneumotomie; Heilung. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 391.

Milian, G., et E. Ravanier, L'adéno-fibrome du sein chez l'homme. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 209. Mars.

Miller, C. Jeff, Fibroma of the abdominal wall. New York med. Record LV. 25. p. 909. June.

Miller, D. J. Wilton, Report of a case of perforation in typhoid fever closed by an adherent tag of omentum, followed by a relapse; second perforation and death. Boston med. and surg. Journ. CXL. 21. p. 491. May.

Mills, Y. H., Strangulation by a solitary band; operation; recovery. Brit. med. Journ. May 27. p. 1275.

Mintz, W., Das wahre Adenom d. Nabels. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 545.

Mitchell, James F., A pin in the vermiform appendix. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 99. p. 108. June.

Mixter, S. J., A case of typhoidal cholecystitis associated with gall-stones; operation; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXL. 21. p. 493. May.

Monks, George H., A case of carcinoma of the right hypochondriac region. Removal of 81 gall-stones and excision of the cancer, together with the entire gall-bladder, a small portion of the liver and a large part of the anterior wall of the stomach; recovery from the operation. Boston med. and surg. Journ. CXL. 14. p. 329. 334. April.

Morestin, H., Epiploïte consécutive à une opération de hernie ombilicale étranglée; abscès; fistule consécutive; laparotomie; extirpation d'une grosse masse

d'épiploon enflammée; marsupialisation du fond de la cavité suppurante contenue dans cette tumeur épiploïque; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 361. Avril.

Morestin, H., Sarcome de l'aine. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 374. Avril.

Morestin, H., Lipome du périnée. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 435. Mai.

Morestin, H., Adénite du sillon delto-pectoral. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 453. Mai.

Morestin, H., Fibrome de la paroi abdominale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 461. Mai.

Moriarta, D. C., A pin in the appendix vermiformis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 99. p. 113. June.

Morison, Rutherford, Cure of ascites due to liver cirrhosis by operation. Lancet May 27.

Morse, Thomas, Cases of gasteroplasty and pyloroplasty. Lancet May 13.

Morton, Charles A., Adeno-carcinoma of the breast. Brit. med. Journ. June 24. p. 1558.

Moty, Note sur les hémorrhoïdes et leur traitement. Echo méd. du Nord III. 26.

Mouisset, Empyème grisseux; ponctions répétées; guérison. Lyon méd. XCI. p. 198. Juin.

Mühsam, Richard, Fisteln, insbes. Kothfisteln nach Appendicitisoperationen. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 111.

Narath, A., Ueber eine eigenthüml. Form von Hernia cruralis (praevascularis) im Anschlusse an d. unblut. Behandl. angeb. Hüftgelenksverrenkung. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 396.

Naumann, Alfred Egon, Zur Frage d. operativen Behandl. d. Ascites b. Lebercirrhose. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26.

Naumann, G., Fistula stercoralis; obliteratio totalis partis inferioris intestini ilei; resectio intestini; entoro-enterostomia. Hygiea LXI. 4. s. 489.

Newman, A case of stricture of the pylorus in which gastro-enterostomy was successfully performed. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 429. June.

Newman, A case of tumour of the colon in which colo-enterostomy was done with a good result. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 430. June.

Nicolaysen, J., Tumor cysticus ductus hepatici et choledochi dilatati. Nord. med. ark. N. F. X. 3. Nr. 16.

O'Callaghan, Robert, Cure of ascites due to liver cirrhosis by operation. Lancet June 17. p. 1663.

O'Hara, Henry, A new method of dosing the peritoneum after laparotomy. Brit. med. Journ. June 10. p. 1394.

Owen, Edmund, A case of strangulation of the vermiform appendix in the sac of femoral hernia. Lancet May 6. p. 1222.

Parona, Francesco, Nuovo contributo alla splenopexia. Policlinico VI. 10. p. 202.

Pepper, A. J., A case of gunshot wound of the abdomen. Lancet July 1. p. 26.

Percheron, Volumineux lipome souspéritonéal. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 474. Mai.

Pers, Alfred, Gastroenterostomi som palliativ Operation ved cancer ventriculi. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 17. 18.

Petersen, Walther, Ueber d. chirurg. Behandlung gutartiger Magenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 24. 25.

Piggott, F. C. H., A case of hydrocele of the sac of a femoral hernia. Lancet July 15. p. 157.

Podrez, A., La chirurgie du coeur. Revue de Chir. XIX. 5. p. 636.

Polis, A., Appendicites herniaires. Belg. méd. VI. 17. p. 516.

Porges, Robert, Ueber d. Gefahren b. Anwendung d. *Murphy*'schen Knopfes. Wien. klin. Wchnschr. XII. 22.

Porter, C. A., A case of imperforate rectum. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 1. p. 8. July.

Poulsen, Kr., Fortsatte Studier over Cancer mammae. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 24. 25.

Power, D'Arcy, Case of cystic disease of the breast in a boy, aged 3 years. Brit. med. Journ. April 29. p. 1026.

Presnitzki, M., Sur la tuberculose des hernies. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 6. p. 622.

Raw, Nathan, Traumatic aneurysm of the axilla treated by free incision and by ligature of the axillary vein and subscapular artery; recovery. Lancet July 22.

Reinprecht, L., Zur operativen Behandlung d. diffusen Perforationsperitonitis. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 28.

Rendu, Lithiase biliaire et cholécystite suppurée; opération; infection persistante des voies biliaires. Semaine méd. XIX. 30.

Riemann, Hans, Ueber d. Keimzerstreuung d. Echinococcus im Peritonaeum. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 187.

Ringel, Ueber Papillom d. Gallenblase. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 161.

Robinson, H. Betham, On some complicated cases of appendicitis and their surgical treatment. Lancet May 6.

Rodocanachi, A. J., Colotomy, simple and complicated. Brit. med. Journ. April 29. p. 1026.

Roger et Garnier, Note sur un cas de mammite gangréneuse. Presse méd. VII. 58.

Rogier, Paul, Traitement des hernies ombilicales qu'on rencontre chez le nouveau-né. Revue d'Obstétr. XII. p. 121. Avril.

Sacquépée, E., Péritonite par perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde; opération; mort. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 443. Mai.

Salzer, Hans, Die Magen-Darm-Operationen in d. JJ. 1894/5—1897/8. Ztschr. f. Heilkde. XX. 2 u. 3. p. 75.

Sapiejko, K., Contribution à l'étude de la chirurgie pulmonaire avec le diagnostic des adhérences pleurales. Revue de Chir. XX. 6. p. 15.

Schlatter, Carl, Ueber d. Verdauung nach einer Dünndarmresektion von ca. 2 Meter Länge. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 14.

Schloffer, Hermann, Ueber Ileus b. Hysterie. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 392.

Schmitt, Adolf, Ueber Stich- u. Schusswunden d. Leber. Ann. d. Krankenh. zu München p. 198.

Schrötter, Hermann von, Zur Kenntniss d. Gasabscesse der Bauchwand. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 28. 29.

Schwartz, Ed., Hernie crurale droite étranglée; anus crural consécutif à la kélotomie; enteroanastomose par implantation. Presse méd. VII. 48.

Shepherd, Francis J., Intestinal obstruction due to bands, the result of a former appendectomy and complicated by a volvulus of the mesentery. Montreal med. Journ. Jan.

Simon, Richard, Die offene Behandl. d. schwieligen Lungenfellentzündung (Pneumothoracoplastica secundaria pleuritidis induratae) u. ihre Erfolge. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 401.

Simpson, J. E., The after-history of excision of the entire breast. A record of 100 consecutive cases operated on by *A. E. Barker*. Lancet July 8.

Smyly, W. J., Deaths after abdominal coeliotomy. Lancet May 13.

Snow, Herbert, Excision of breast scirrhus; recurrence nearly 12 years afterwards. Brit. med. Journ. April 29. p. 1025.

Snow, Herbert, Lumbar colotomy followed by the protrusion of a polypus. Brit. med. Journ. May 27. p. 1274.

Soave, Luigi, Dell'appendicite. Rif. med. XV. 121. 122.

Sokoloff, N. A., Zur Gastroenterostomie nach d. Methode von *Podrez*. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 20.

Sonnenburg, E., Die Indikationen zur chirurg. Behandl. d. Appendicitis. Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 626.

Sorgo, Josef, Neue französ. Arbeiten über Appendicitis. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 14.

Souligoux, Ch., Hernie d'une frange épiploïque à travers le paroi abdominale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 365. Avril.

Spadaro, Cosmo, Splenectomia per cisti da echinococco con ipertrofia malarica. Policlin. VI. 8. p. 148.

Stecchi, Remigio, Nuovo metodo di cura radicale nell'ernia crurale della donna. Policlin. VI. 8. p. 145.

Stecchi, Remigio, Le anastomosi tra i visceri cavi dell addome con la sutura e col bottone di *Murphy*. Rif. med. XV. 137. 138.

Stengel, Alfred, and Henry D. Beyea, Gastroptosis. Report of a case in which a new operation was undertaken and the patient greatly improved. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 6. p. 603. June.

Stepp, Morris D., Gunshot-wounds of the abdomen with intestinal perforation. Bull. of the Clevel. Hosp. I. 1. p. 39. Jan.

Stieda, Alfred, Ueber d. Eröffnung d. Bauchhöhle vom kleinen Becken her. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 370.

Stiles, Harold, On the dissemination of cancer of the breast. Brit. med. Journ. June 17.

Stowe, Herbert Marion, Recurrent strangulation in a left oblique congenital enteroepiplocele in an infant 6 weeks old; herniotomy; recovery. New York med. Record LV. 21. p. 748. May.

Taylor, William J., A report of 2 cases of laparotomy for perforation in typhoid fever. Therap. Gaz. 3. S. XV. 6. p. 365. June.

Teleky, Ludwig, Die Bauchfelltuberkulose u. ihre Behandlung. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 9. p. 353.

Terrier, F., et H. Hartmann, Chirurgie de l'estomac. Paris. G. Steinheil. Gr. 8. VI et 368 pp. avec 139 figg.

Thayer, Laparotomy for intestinal perforation in typhoid fever. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 97. p. 71. April.

Thorén, Adolf, a) 6 fall af ileus. — b) Ett fall af cancer flexurae sigmoideae; volvulus. — c) Fall af kroniskt magsår med komplikation af kronisk perigastrit; pylorusstenos; gastrektasi; gastroenterostomi. — d) Magkarcinom; gastroenterostomi. — e) Cholelithiasis; Kolecystostomi. — f) Ändtarmresektion för kancer. Hygiea LXI. 6. s. 648. 651. 652. 654. 655. 657.

Thurstan, E. Paget, 6 month's abdominal surgery in Western Australia. Lancet April 29.

Tietze, A., Die chirurg. Behandl. d. akuten Peritonitis. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 15.

Tillmann, Ueber d. chirurg. Behandl. d. Ascites. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 18.

Tixier, Appendicite; péritonite généralisée; laparotomie; guérison. Lyon méd. XCI. p. 164. Juin.

Touche, Rétrécissement cancéreux de l'oesophage; fistule oesophago-trachéale; gastrostomie datant de 6 mois. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 451. Mai.

Tscherning, E. A., Om den operative Behandling af recidiverende Processus vermiformis-Lidelse i frit Stadium. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 16. S. 447.

Tubby, A. H., On operations for gastric haemorrhage and perforation, with an account of a successful operation for perforating gastric ulcer. Brit. med. Journ. May 27.

Tubenthal, O., Ein Fall von Darmausschaltung. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 552.

Vanderlinden, O., 2 cas de gastro-pylorectomie. Belg. méd. VI. 25. p. 771.

Völckers, A., Ueber d. Hernien d. Linea alba. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. II. 2. p. 153.

Wanner, P., Ein Fall von Lungenabscess. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 10.

Warden, A. A., On systematic muscular development as a radicale cure of hernia. Lancet June 10.

Warthin, Alfred Scott, The coexistence of carcinoma and tuberculosis of the mammary gland. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 25. July.

Webber, H. W., Fibro-adenoma of the male breast. Brit. med. Journ. May 13. p. 1153.

Weis, Robert F., Gastro-enterostomy with entero-anastomosis by *Braun's* and *Gallet's* methods. Med. News LXXIV. 22. p. 680. June.

Westermark, F., Bidrag till frågan om lokalanestesi vid komplicerade bukoperationer. Hygiea LXI. 6. s. 667.

Wetzel, Hygrom d. Bursa subiliaca. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 20.

Whiteford, C. Hamilton, Operative treatment of distented small intestine in acute obstruction and in acute peritonitis. Brit. med. Journ. April 29. p. 1025.

Wilhelm, Luxation du sacrum en avant sans disjonction du pubis; guérison. Gaz. des Hôp. 44.

Woolmer, Shirley Laurence, 2 cases of extreme dilatation of the sigmoid flexure; colopexy; recovery. Brit. med. Journ. June 3.

Wright, and Judson Bury, A case of retroperitoneal cyst. Lancet July 22. p. 215.

Ziegler, Stichverletzung d. Art. subclavia; Nachblutungen; sekundäre Unterbindung; Heilung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17.

Ziegler, a) Geheilte Perforation eines Magengeschwürs mit Pylorusstenose nach angelegter Gastroenterostomie. — b) Carcinoma pylori, hervorragende Besserung durch Gastroenterostomie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17. p. 554.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Blanc, Hartz, Johnston. IV. 2. Armstrong, Turban; 4. Allingham, Federn, Hankel, Lentz; 5. Bichelonne; 11. Adrian, Brandl, Rimecke; 12. Eve. V. 2. d. Joynt, Stinson. VI. *Operationen an d. weibl. Genitalien,* Leopold, Stratz. VII. *Geburtshülfl. Operationen,* Platzer. XIII. 3. Toulouse.

d) Harnorgane und männl. Geschlechtsorgane.

Audry, Ch., Cystostomie ancienne; fistule cutanéomuqueuse. Lyon méd. XC. p. 612. Avril.

Baroni, Giulio, Rottura intraperitoneale della vescica; guarigione spontanea. Settimana med. LIII. 21.

Bishop, E. Stanmore, 3 cases of urethral calculi impacted in the lower end of the ureter, and removed by suprapubic cystotomy. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 1. p. 47. July.

Boari, Achille, La uretero-cisto-neostomia. Policlin. VI. 12. p. 237.

Borbély, Eine modificirte Radikaloperation der Hydrocele. Ungar. med. Presse IV. 20.

Bosse, Subcutane Nierenruptur mit Ausgang in Genesung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 23.

Cabot, A. T., Personal experience in modern operations for the relief of prostatic obstruction. Boston med. and surg. Journ. CXL. 17. p. 393. April.

Carlier, Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. Echo méd. du Nord III. 22.

Carrel, A., Cystostomie d'urgence pour des accidents infectieux aigus chez un prostatique. Lyon méd. XC. p. 12. Mai.

Castaigne, J., Ulcère simple de la vessie; hématu-

ries très abondantes et perforation vésicale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 230. Mars.

Chipault, A., Ablation d'un sarcome infantile du rein. Presse méd. VII. 36.

Clarke, W. Bruce, Encysted vesical calculi with an account of 27 cases. Brit. med. Journ. May 13.

Columba, Cesare, Contributo clinico-sperimentale allo studio della epicistotomia con sutura totale della vescica. Rif. med. XV. 123. 124. 125.

Delore, Xavier, Uréthrostomie périnéale pour rétrécissement avec fistules incurables de l'urèthre. Gaz. hebd. XLVI. 36.

Desfosses, P., Ponction de la vessie. Presse méd. VII. 47.

Doebbelin, Ein Fall von 8tägiger Anurie durch Ureterstein. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 352.

Edebohls, George M., Chronic nephritis affecting a movable kidney as an indication for nephropexy. Med. News LXXIV. 16. p. 481. Avril.

Ehrlich, Eine Harnröhrenklemme aus Celluloid. Aerztl. Polytechn. 4.

Englisch, Jos., Ueber Periurethritis. Wien. med. Presse XL. 20—25. 27. 29. 30. 31.

Estrabaut, Cancer du testicule avec généralisation péritonéale et hépatique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 355. Avril.

Fenger, Christian, Eversion or turning inside out of the sac of cystonephrosis as an aid in operating upon the renal end of the ureter and upon the partition walls between dilated calices. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 48. July.

Fenwick, E. Hurry, Primary malignant disease of the prostate gland. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 1. p. 16. July.

Floderus, Björn, Om betydelsen af medfödda uretermissbildningar ur kirurgisk synpunkt. Nord. med. ark. N. F. X. 2. Nr. 9.

Floderus, Björn, Om medfödda uretermissbildningar ur kirurgisk synpunkt. [Kasuistisk bilaga till Nord. med. ark. Nr. 9. 1899.] Stockholm. P. A. Norsted och Söner. 8. 66 s.

Foges, Arthur, Ein Fall von Blasenektopie u. Spaltbecken. Ztschr. f. Heilkde. XX. 4. p. 245.

Freudenberg, Albert, Ein modificirter Cauterisator prostatae zur *Bottini*'schen Operation. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 23.

Friedländer, M., Fremdkörper der Harnröhre. Dermatol. Ztschr. VI. 3. p. 333.

Gordon, T. E., Tuberculosis of the bladder. Dubl. Journ. CVII. p. 344. May.

Guépin, A., De la rareté des indications opératoires chez les prostatiques. Gaz. des Hôp. 83.

Guitéras, Ramon, A grooved perineal canula to be used as a guide in performing perineal sections in cases of urethral obstruction. New York med. Record LVI. 1. p. 6. July.

Haven, George, 2 cases of infantile bladder treated by gradual distention. Boston med. and surg. Journ. CXL. 24. p. 577. June.

Herczel, E., Nierenexstirpation mit liegen gelassenen Pincetten. Ungar. med. Presse IV. 20.

Howland, George T., Cystitis, its cause and treatment. Med. News LXXV. 3. p. 73. July.

Hugo, J. H., Urethral stricture in a boy aged 11. Brit. med. Journ. July 15. p. 143.

Jones, Thomas, A case of renal sarcoma successfully removed by lumbar nephrectomy. Edinb. med. Journ. N. S. V. 6. p. 602. June.

Joynt, R. Lane, and Arthur Stanley Green, A case of perforation of the bladder causing peritonitis and death. Lancet June 17. p. 1631.

Israel, Eugen, Bericht über d. auf d. Abtheilung [Prof. *Sonnenburg's*] in d. letzten 8 Jahren ausgeführten Urethrotomien. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 239.

Israel, James, Ueber extraperitonäale Uretero-Cysto-Neostomie nebst anderen Beiträgen zur Ureterchirurgie. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 301.

Kaczkowski, C., Nochmals zur Frage der Harnblasendrainage. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 21.

Kapsammer, Georg, Ueber ausdrückbare Blase. Wien. klin. Wchnschr. XII. 21.

Kayser, Ueber Hodensarkome. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. II. 2. p. 99.

Kelly, New use for renal catheters. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 99. p. 116. June.

Kennedy, Angus, Case of patent urachus; operation; cure. Brit. med. Journ. June 10. p. 1396.

Knox, D. N., Necrosis of posterior surface of pubes; small sequestra removed from the posterior urethra; vesical calculi; lateral lithotomy; recovery. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 4. July.

Kober, George Martin, Sarcoma of the testicle. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 5. p. 535. May.

Kofmann, S., Zur Tamponade d. Urethra. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 19. p. 572.

Kreissl, F., The galvanocaustic radical treatment of hypertrophy of the prostate. Med. News LXXIV. 16. p. 483. April.

Kreissl, F., Cystitis faveolata. Medicine V. 7. p. 542. July.

Küttner, H., Zur Verbreitung u. Prognose d. Peniscarcinoms. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 181.

Lang, Eduard, Zur Cystoskopie. Endovesikale Bilder. Spülcystoskop. Desinfektion. Wien. med. Presse XL. 27. 28.

Langer, A., Divertikelbildung u. Hypertrophie der Harnblasenmuskulatur. Ztschr. f. Heilkde. XX. 2 u. 3. p. 117.

Le Filiatre, Pyélonéphrite calculeuse consécutive à une hydronéphrose ancienne de même origine; néphrectomie lombaire totale et urétérectomie partielle; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 457. Mai.

Le Fur, Kyste hydatique rénal suppuré; nephrotomie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 365. Avril.

Loumeau, E., Cancer de la verge et abcès de la prostate. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 5. p. 65. Mai.

Mackenzie, Duncan J., Subcutaneous rupture of hydrocele. Brit. med. Journ. May 27. p. 1274.

Martin, Edouard, A propos d'un calcul de cystine dans la vessie chez un enfant; examen radiographique; taille sus-pubienne. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 315. Mai.

Mikulicz, J., Zur Operation der angeb. Blasenspalte. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 22.

Milian, Note histologique sur un cas de lymphadénome du testicule. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 372. Avril.

Mixter, S. J., Suprapubic cystotomy for cancer of the bladder. Boston med. and surg. Journ. CXL. 16. p. 377. April.

Morestin, H., Lymphadénome du testicule. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 367. Avril.

Morris, Henry, On the importance of plastic surgery in renal distension (nephrectasis) with special reference to stenosis of the ureter. Lancet July 1.

Moullin, C. Mansell, On radiography with special reference to the detection of renal calculi. Lancet May 27.

Naumann, G., Aberrerande binjure; hämaturi; nephrectomia. Hygiea LXI. 4. s. 496.

Newman, Case of injury of the kidney with prolonged haematuria; ultimate recovery. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 433. June.

Nicholson, B. H., A case of stone in the bladder which had formed around an ordinary pin as nucleus. Brit. med. Journ. May 27. p. 1275.

Nové-Josserand, G., Traitement de l'exstrophie vésicale par l'abouchement des uretères dans l'intestin. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 258. Juin.

Parry, R. H., Renal calculus removed from a patient on whom nephro-lithotomy was performed on the opposite side 10 years previously. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 439. June.

Pendl, Friedrich, Subcutane Nierenruptur; Nephrektomie; Heilung. Wien. klin. Wchnschr. XII. 21.

Piollet, Paul, Cystostomie sus-pubienne datant de 7 ans, chez un vieux prostatique; occlusion à diverses réprises du méat hypogastrique; nécessité de son maintient pour conjurer de nouvelles complications urinaires; santé parfaite. Gaz. des Hôp. 55.

Polozker, Isaac L., Infection following circumcision in hebrew children. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 186. April.

Poncet, A., et X. Delore, Indications de la cystotomie sus-pubienne chez les prostatiques. Lyon méd. XC. p. 573. Avril.

Porter, F. J. W., Circumcision under cocaine. Brit. med. Journ. July 8. p. 84.

Potel, Cystite hémorrhagique consécutive à une injection accidentelle d'eau phéniquе. Echo méd. du Nord III. 22.

Preyer, P. J., 2 recent cases of successful operation for impacted stone in the ureter. Lancet July 22.

Ringel, Zur Diagnose der Nephrolithiasis durch Röntgenbilder. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 167.

Robinson, H. Betham, On misplaced testes and their surgical treatment. Brit. med. Journ. June 10.

Rochet, Nouveau procédé pour refaire le canal pénien dans l'hypospadias. Gaz. hebd. XLVI. 57.

Roth, J., Beiträge zur Frage d. b. d. Prostatahypertrophie angewandten *Bottini*'schen Operation. Ungar. med. Presse IV. 23 u. 24.

Santucci, A., Fistola dell'uraco. Settimana med. LIII. 23. 24.

Sarason, L., Ueber ein neues Suspensorium. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. (Beil.)

Sasse, Ein Beitrag zur Kenntniss der Torsion des Samenstrangs. Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 791.

Scott, N. Stone, Carcinoma of the anterior urethra. Bull. of the Clevel. gen. Hosp. I. 1. p. 30. Jan.

Sieur, G., et E. Sacquépée, Kyste dermoïde du prépuce. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 245. Mars.

Sion, V., Note sur un cas de distopie rénale gauche avec compression des veines iliaques correspondantes. Roumanie méd. VII. 2. p. 56. Mars—Avril.

Sokoloff, N. A., Operative Anastomosenbildung zwischen Ureter u. Blase (Uretero-Cysto-Neostomia). Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 185.

Stinson, J. Coplin, Nephrorrhaphie u. gleichzeit. Entfernung d. Appendix durch Lumbalschnitt bei rechtseit. Wanderniere u. schmerzhafter Appendicitis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 28.

Stockmann, F., Die *Bottini*'sche Operation b. d. Behandl. d. Prostatahypertrophie. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 23. 29.

Thomas, W. Thellwall, The cystoscope in surgery. Brit. med. Journ. June 3.

Török, Guido von, Dauererfolge nach Nephropexie. Wien. klin. Wchnschr. XII. 22.

Trzebicky, Rudolf, Fremdkörper in der Blase von Männern. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 19. p. 574.

Valentine, Ferd. C., An improved urethroscope. Med. News LXXIV. 19. p. 586. May.

Vanderlinden, O., Remarques sur un cas de néphrectomie. Belgique méd. VI. 17. p. 513.

Waitz, H., Ein Fall von geheilter Hypospadia perinaealis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19.

Warden, A. A., Partial retention of urine. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 1. p. 53. July.

Wasiliew, M. A., Die Traumen d. männl. Harnröhre. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. IV u. 145 S. mit 9 Abbild. im Text. 4 Mk.

Weber, Leonard, The diagnosis of renal tumors. Post-Graduate XIV. 7. p. 534. July.

Wendel, W., Die Entwicklung d. Nierenchirurgie in den letzten Jahren. Therap. Monatsh. XIII. 6. 7. p. 316. 372.

Wendt, Edmund Charles, Case of spontaneous recovery after barbarous mutilation involving loss of genital organs. New York med. Record LV. 19. p. 696. May.

Wolff, Richard, Ueber ein Recidiv nach einer wegen Prostatahypertrophie vorgenommenen Castration. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 338.

Wolff, Richard, Zur Kenntniss d. metastat. Erscheinungen d. Prostatacarcinome u. ihrer diagnost. Bedeutung. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 397.

Zoege von Manteuffel, W., Exstirpation eines Nierencarcinoms mit Resektion eines Carcinomknotens an d. Wand d. Vena cava; Heilung. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 27. p. 763.

Zondek, M., Das arterielle Gefässsystem d. Niere u. seine Bedeutung f. d. Pathologie u. Chirurgie d. Niere. Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 588.

S. a. I. Brun. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Berndt, Jeanbrau, Seelig; 8. Heubner; 11. Goldberg, Harttung, Proksch, Reichmann; 12. Eve. VI. *Harnorgane b. Weibe.* XIII. 1. Wolff; 2. Ehrmann, Mc Gee. XV. Maillefert.

e) Extremitäten.

Abbott, Samuel L., Cases of dislocation of the os magnum. Boston med. and surg. Journ. CXL. 18. p. 422. May.

Bähr, Ferd., Auftreten von Plattfussbeschwerden bei Beinverletzungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 7. p. 219.

Bardescu, N., Eine neue operative Behandlung d. variкösen Unterschenkelgeschwüre. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 28.

Beckitt, J. D., Dislocation of acromial end of clavicle. Brit. med. Journ. May 13. p. 1152.

Berndt, Fritz, Ueber d. Anwend. d. regionären Anästhesie bei grösseren Operationen an d. Extremitäten. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 27.

Biagi, Nello, Ricerche cliniche, istologiche e microbiologiche su di un mixosarcoma della regione poplitea. Policlinico VI. 10. p. 213.

Bögle, Ein neuer Stütz- u. Contentivapparat. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 23.

Boinet, Arthrite suppurée [de l'artic. coxo-fém.]; rhumatisme poly-articulaire et manifestations spinales d'origine blennorrhagique; présence du bacille pyocyanique dans le sang veineux recueillie 24 heurs avant la mort. Gaz. des Hôp. 55.

Boisson, A., et E. Chapotot, Du pied forcé; lésions de l'avant-pied provoquées par la marche chez les fantassins. Gaz. des Hôp. 45.

Broca, A., et A. Mouchet, Complications nerveuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Revue de Chir. XIX. 6. p. 701.

Bruns, P. v., u. Honsell, Ueber d. akute Osteomyelitis im Gebiete d. Hüftgelenkes. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 41.

Bunge, R., Zur Technik u. Casuistik d. osteoplast. Unterschenkelamputation nach *Bier*. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 22. 23.

Carrel, Alois, Anévrysma artério-veineux traumatique du creux poplité gauche; ablation de la poche; guérison. Gaz. des Hôp. 63.

Collin, L., Anévrisme artérioso-veineux fémoral, quadruple ligature et extirpation du sac; guérison. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 7. p. 41. Juillet.

Dandolo, A., Sulla resezione del piede col metodo *Wladimiroff-Mikulicz*. Gazz. degli Osped. XX. 79.

Danlos, Lymphangite tuberculeuse de l'avant-bras. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. X. 6. p. 539.

Dörner, Alexander, Zur Casuistik d. Gelenkkörper. Wien. klin. Wchnschr. XII. 23.

Ducroquet, Guérison de la luxation congénitale de la hanche par la réduction non sanglante; nouvelle méthode de traitement. Gaz. des Hôp. 45.

Duplay, Panaris du pouce; inflammation des gaines tendineuses de la main et de l'avant-bras. Progrès méd. 3. S. IX. 24.

Duplay, Simon, Traitement de l'hydarthrose du genou. Progrès méd. 3. S. X. 27.

Elliot, John, Dislocation of the carpus with the hand backwardes. Lancet May 27. p. 1431.

Ellis, T. S., Hallux valgus and hammer-toe. Lancet April 29. p. 1155.

Gemmel, 3 Fälle doppelseit. symmetr. Contraktur d. Palmaraponeurose (*Dupuytren*) im Anschluss an Gicht. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 18.

Given, J. C. M., Dislocation of the radio-carpal joint. Brit. med. Journ. June 3. p. 1332.

Grillot, Mort rapide par rupture d'une varice sous-cutanée au niveau de la malléole externe. Bull. et Mém. de la Soc. anat 6. S. I. p. 404. Avril.

Grünwald, Carl, Zwei Fälle von isolirtem subcutanen Bruch des Kahnbeins im Handgelenk, durch Röntgenstrahlen nachgewiesen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 5. p. 142.

Hasebroek, K., Zur Nachbehandlung d. Verstauchungen von Hand-, Knie- u. Fussgelenk. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 30.

Hern, John, A partial amputation of the foot. Brit. med. Journ. May 13.

Heusner, L., Ueber Aetiologie u. Behandlung d. angeb. Klumpfusses. Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 206.

Hobson, Joseph F., A case of infected knee-joint. Bull. of the Clevel. gen. Hosp. I. 1. p. 27. Jan.

Hoffa, A., Die moderne Behandl. d. angeb. Hüftgelenksverrenkungen. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 525.

Hoffa, A., Zur Behandl. d. habituellen Patellarluxation. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 543.

Holstein, Vladimir de, Les fractures des métatarsiens provoquées par la marche. Semaine méd. XIX. 24.

Hutchinson jun., J., and Harold L. Barnard, A new method of reduction in separation of the lower epiphysis of the femur. Lancet May 13.

Jaboulay, Les arthrites et arthralgies du membre inférieur d'origine sympathique. Lyon méd. XCI. p. 215. Juin.

Jedlička, R., Ueber d. skiagraph. Diagnostik d. Ellbogengelenksverletzungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 5. p. 174.

Jottkowitz, Paul, Zur Totalresektion d. Diaphyse langer Röhrenknochen b. akuter infektiöser Osteomyelitis. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 213.

Kaposi, Hermann, 2 bisher nicht beobachtete Unfälle nach modellirendem Redressement. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 23.

Knox, D. N., Gangrene of foot following ligature of superficial femoral artery for aneurysm of the popliteal. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 4. July.

Kollmann, Ein Fall von traumat. Kniegelenksluxation b. einer 70jähr. Frau. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 30.

Krumm, Ferd., Ueber habituelle Schulterluxation u. ihre Radikaloperation. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 30.

Lambotte, A., et F. Sano, Section partielle du nerf médian; suture; restauration fonctionelle. Journ. de Neurol. Févr. 20.

Lange, Fritz, Die Behandl. d. angeb. Hüftverrenkung. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 240. Chir. 72.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 46 S. 75 Pf.

Letulle, Maurice, Varice exulcérée sous-malléolaire; hémorrhagie mortelle. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 405. Avril.

Linow, C., Zur Symptomatologie d. Schenkelhalsbrüche. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 4. p. 111.

Lockwood, C. B., A series of cases of arthrotomy for the relief of pain, and for removal of synovial fungus, loose bodies, and fibro-cartilages. Brit. med. Journ. May 20.

Luys, Georges, Les luxations totales de l'astragale. Gaz. des Hôp. 73. 74.

Macalister, J. D. L., Dislocation of the radio-carpal-joint. Brit. med. Journ. April 29. p. 1024.

Majewski, Brüche langer Röhrenknochen, ihre Behandl. in Gehverbänden u. Anwendung in d. Kriegschirurgie. Militärarzt XXXIII. 9.

Mason, J. Malcolm, Case of malignant oedema; amputation at the thigh; recovery. Brit. med. Journ. May 27.

Masset, Arthrite suppurée d'origine blennorrhagique de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil; arthrotomie. Echo méd. du Nord III. 24.

Metzner, Röntgenuntersuchung u. Handgelenksverletzungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 5. p. 179.

Meyer, W., Zur Ruptur d. Arteria poplitaea. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 356.

Monks, G. H., and F. B. Lund, A case of double popliteal bursitis, one bursa containing movable cartilages. Boston med. and surg. Journ. CXL. 16. p. 427. May.

Monks, Geo. H., and F. B. Lund, A case of axillary aneurism; ligature of subclavian artery followed by ligature of the third portion of the axillary, distal to the aneurism, with opening of the sac and evacuation of its contents; later amputation at the shulder-joint; death 50 days after amputation, 87 days after the subclavian ligature. Boston med. and surg. Journ. CXL. 19. p. 447. May.

Morestin, H., Sarcome du calcanéum. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 346. Avril.

Morestin, H., Epithélioma de la main. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 472. Mai.

Mouchet, Albert, et Pierre Aubion, De la coxa vara congénitale. Gaz. hebd. XLVI. 41.

Murray, William, and Frederick Page, A case of rapidly increasing arterio-venous aneurysm of the femoral vessels successfully treated by exstirpation of the sac. Lancet June 3.

Neuber, G., Zur Klumpfussbehandlung. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 335.

Ollier, De la création d'une néarthrose cléido-humérale ou de l'établissement d'une articulation régulière entre la clavicule et l'humérus. Revue de Chir. XX. 6. p. 1.

Parcy, R. H., Case of extra-capsular fracture of the femur operated on. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 427. June.

Pels Leusden, Friedrich, Ueber d. b. Tuberkulose d. Kniegelenks zu beobachtenden Wachsthumsveränderungen am Femur. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 257.

Péraire et Mally, Traitement chirurgical de certains pieds bots paralytiques par la greffe anastomotique musculaire et tendineuse. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 26. p. 709. Juin 27.

Perman, E. S., Ett fall af fraktur å lårbenshalsen behandladt medels *Lorenz's* extensionsskruf. Hygiea LXI. 5. s. 521.

Pomara, Domenico, Un caso di sutura metallica della rotula; indicazione dell'osteorrafia. Gazz. degli Osped. XX. 76.

Potherat et A. Leuret, Enchondrome du genou. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 397. Avril.

Prölss, Die Entfernung der Scapula. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 315.

Rasch, G., En historisk notis om operationer for

varices og ulcera cruris. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 12. S. 387.

Roberts, John B., Nödvändigheten af kraft vid behandling af *Colle's* radialfraktur. Eira XXIII. 13.

Schanz, A., Zu d. Klumpfussoperationen. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 25.

Schipmann, G., Zur Casuistik d. Brüche d. Metatarsalknochen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 20.

Sengensse, B., Pied plat valgus douloureux traité par la résection astragalo-scaphoïdienne avec suture osseuse; guérison. Ann. de la Policlin. dé Bord. XI. 6. p. 90. Juin.

Southam, F. A., Note on the treatment of thrombosed varicose veins by excision. Lancet April 29. p. 1155.

Steinthal, Ueber einen Fall von Exartikulation d. rechtseit. Schultergürtels wegen Sarkom d. Humerus. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 21.

Sudeck, Paul, Zur Anatomie u. Aetiologie d. Coxa vara adolescentium. Zugleich ein Beitrag zu d. Lehre von d. architekton. Bau d. coxalen Femurendes. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 504.

Thilo, Otto, Verbände gegen Gelenkversteifungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 7. p. 221.

Thorn, Ueber partielle subcutane Zerreissung einer Beugesehne am Vorderarm mit sekundärer Bildung einer ganglionähnl. Degenerationscyste. Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 918.

Tietze, A., Zur Casuistik d. Kniegelenksverletzungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 7. p. 212.

Vulpius, Oscar, Trauma u. Gelenkmaus. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 4. p. 115.

Waitz, H., Zur Casuistik d. Frakturen am untern Humerusende. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 5. p. 168.

Walter, G. Th., Bijdrage tot de casuistiek en de behandeling van veerende knie. Nederl. Weekbl. I. 20.

Watkins, Arnold H., Dislocation of the head of the fibula by muscular action. Brit. med. Journ. May 20. p. 1214.

Wissemans, Fracture comminutive ouverte de la rotule; arthrotomie et suture métallique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 5. p. 373. Mai.

Wörner, Zur Gehbehandlung schwerer complicirter Frakturen der untern Extremität. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 320.

Wolff, Julius, Ueber d. unblutige Einrenkung d. angeb. Hüftgelenksverrenkung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 18. 19. 21.

Wolff, Oscar, Eine seltene Ellbogenverletzung. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 18. p. 544.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Beck. IV. 4. Bacaloglu; 8. Berend, Brissaud, Bruns, Chauffard, Erb, Hirschfeld, Huchzermeyer, Schulz; 10. Gehrig. V. 2. b. Herdtmann; 2. c. Brauer.

VI. Gynäkologie.

Alexander, Edgar, Zur Inversion des Uterus durch Geschwülste. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 439.

Assaky, Ueber d. *Freund*'sche Operation. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18.

Audebert, L. J., Du tamponnement cervicovaginal dans les fausses rigidités du col. Gaz. hebd. XLVI. 32.

Bandler, Victor, Zur Kenntniss d. elephantiast. u. ulcerativen Veränderungen d. äusseren Genitales u. d. Rectum bei Prostituirten. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 3. p. 337.

Bastian, J., De l'hystérotomie sphinctérienne temporaire en tant qu'opération exploratrice. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 350. Mai.

Bell, Walter L., A case of hernia of the ovary. Brit. med. Journ. June 10. p. 1395.

Beuttner, Oscar, Beitrag zur gynäkol. Untersuchung u. Massage in Beckenhochlagerung. Wien. med. Presse XL. 30.

Bond, C. J., On the experimental production of hydrosalpinx and hydrometra in animals and its relation to hydrosalpinx in the human subject. Lancet July 22.

Borelius, Jacques, Zur conservativ operativen Behandlung d. chron. puerperalen Uterusinversion. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 30.

Boxall, Robert, Dermoid tumours of both ovaries; twistes pedicle. Obstetr. Soc. Transact. XLI. 1. p. 5.

Bröse, Vaginale Radikaloperation. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 519.

Bröse, P., Eine Dauerklemme mit Verschlusssicherung. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 21.

Bröse, Ein Fall von doppelter Pyosalpinx. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 1. p. 152.

Carrière, Max, Bons effets de badigeonnages iodés dans la métrite cervicale. Gaz. hebd. XLVI. 42.

Chavannaz, Anurie par cancer de l'utérus. Ann. de Gynécol. LI. p. 368. Juin. — Gaz. hebd. XLVI. 37.

Chrobak, R., Echinococcus d. Beckenbindegewebes u. d. Leber. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 24.

Congress d. deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie. Berl. klin. Wchnschr. XXVI. 23. 25. — Deutsche med. Wchnschr. XXXVI. 24.

Cornil, Tumeur kystique de l'ovaire, avec généralisation. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 351. Avril.

Courant, Bericht über d. Verhandl. d. 8. Versamml. d. deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie in Berlin vom 24.—27. Mai 1899. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 21. 22. 23.

Crivelli, Observation d'un cas de dégénérescence kystique des ovaires avec fibromyomes de l'utérus; ovariotomie double; guérison. Gaz. hebd. XLVI. 49.

Crovetti, E., Prolasso della mucosa uretrale femminile, escisione col metodo *Cuzzi-Resinelli.* Gazz. degli Osped. XX. 76.

Cullingworth, C. J., A genuine case of tuboovarian abscess. Obstetr. Soc. Transact. XLI. 1. p. 39.

Czempin, A., Ueber die modernen Myomoperationen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 27. 28.

Czerwenka, Karl, Ein Fall von Kystadenoma papillare proliferum d. Uterus. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 367.

Dalché, P., Les douleurs d'origine menstruelle et leur traitement. Bull. de Thér. CXXXVII. 15. p. 561. Avril 23.

Dartigues et A. Claisse, Enorme kyste ovarique multiloculaire avec gros fibrome utérin et kyste dermoïde ovario-tubaire droit. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 268. Mars.

Davidsohn, Carl, Tuberkulose der Vulva u. Vagina. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 25.

Delpiano, E., Contribution à l'étude des malformations utérines. Revue d'Obstétr. XII. p. 97. Avril.

Dickson Jones, Mary A., The third hitherto undecided disease of the ovary: myxomatous degeneration. New York med. Record LV. 18. p. 632. May.

Dirmoser, Ed., Beitrag zur Pathologie d. Vestibulum vaginae. Paravaginale Gänge. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 28.

Doléris, Hystérectomie vaginale; mort par appendicite avec perforation. Semaine méd. XIX. 19.

Doran, Alban, The removal of a fibroid from a uterus unicornis. Brit. med. Journ. June 10.

Dorland, A. Newman, Organotherapy in gynecology. Therap. Gaz. 3. S. XIV. 4. 5. 6. p. 225. 304. 440. April—July.

Ehrendorfer, E., Ueber Krebs der weibl. Harnröhre. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 3. p. 463.

Eisenberg, James, Gynäkolog. Kleinigkeiten. Wien. klin. Wchnschr. XII. 24.

Englemann, F., Treatment of womens diseases by baths. Brit. gynaecol. Journ. LVII. p. 101. May.

Falk, Otto, Ein Beitrag zur Kenntniss des Stoff-

wechsels nach Entfernung d. Ovarien. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 3. p. 565.

Feiss, Oswald, Ueber intrauterine Eingriffe. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 1. p. 65.

Foulerton, Alexander G. R., Gonorrhoeal salpingitis. Lancet May 27. p. 1456.

Fraenkel, E., Allgem. Therapie d. Krankheiten d. weiblichen Geschlechtsorgane. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. [Lehrb. d. allg. Ther., herausgeg. von *A. Eulenburg* u. *Samuel*.] Gr. 8. S. 515—666 mit 82 Holzschn. 4 Mk.

Fraenkel, L., Experimente zur Herbeiführung d. Unwegsamkeit d. Eileiter. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 374.

Frank, M., Ueber einen Fall von Dystopie der linken Niere combinirt mit Uterus unicornis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 20.

Freund, Die Haut bei schwangeren u. genitalkranken Frauen. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 408.

Friedenheim, Bernhard, Beitrag zur Lehre vom Tubencarcinom. Ueber ein primäres, rein alveoläres Carcinom der Tubenwand. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 25.

Fritsch, Heinrich, Sind Laparomyomotomien typ. Operationen? [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 241., Gynäkol. 87.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 24 S. 75 Pf.

Füth, Heinrich, Ueber Papilloma vesicae beim Weibe. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 20.

Funke, A., Die Indikation zur vaginalen Myomotomie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21.

Georghiu, Perforation de l'intestin survenue après une hystérectomie vaginale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 447. Mai.

Gerich, Ottocar, Ueber Atmokausis u. Zestokausis (*Pincus*). Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

Gersuny, R., Peritonäale Adhäsionen u. ihre Beziehungen zum weibl. Genitale. Wien. klin. Wchnschr. XII. 22.

Graefe, M., Ein weiterer Fall von Papilloma vesicae. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 20.

Graefe, M., Ueber Ventrofixatio uteri. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 1. p. 1.

Gubaroff, A. von, Ueber d. Vermeiden d. präventiven Blutstillung b. Köliotomien. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 30.

Hainworth, E., Lésions mortelles du rectum et du vagin. Ann. de Gynécol. LI. p. 400. Juin.

Hawkins, Thomas H., Appendicitis or salpingitis with complications. New York med. Record LV. 18. p. 639. May.

Hellier, John B., A case of chronic inversion of the uterus reduced by *Aveling's* repositor. Lancet July 15.

Herff, Otto von, Ein Vorschlag zur Werthbestimmung einer Operationsmethode, insbes. solcher bei Myomen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21.

Herzfeld, K. A., Ueber d. Indikationen für Operationen b. gynäkolog. Erkrankungen. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 22. 23. 24.

Hughes, W. E., Septic peritonitis following inflammation of the uterus consequent on cancer. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. II. 7. p. 167. May.

Johnston, George Ben, The limitations of conservative surgery of female genital organs. Med. News LXXIV. 19. p. 578. May.

Jung, Ueber primäres Sarkom d. Vagina b. Erwachsenen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 524.

Kehrer, F. A., Jahresbericht der Heidelberger Frauenklinik aus d. J. 1898. Bad. ärztl. Mittheil. LIII. 8.

Kelly, A new operation for vesico-vaginal fistula. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 99. p. 115. June.

Kisch, E. Heinrich, Herzbeschwerden durch Erkrankungen d. weibl. Genitale. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 19.

Klein, Zur Technik d. Ovariotomie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 837.

Klein, Gustav, u. Anton Hengge, VIII. Congress d. deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie in Berlin am 24.—27. Mai. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 22.

Knaggs, R. Lawford, Wound of the right ureter during ovariotomy; suture; recovery. Lancet May 27.

Köppen, A., Zur Ruptur d. Ovarialkystome. Münchener med. Wchnschr. XLVI. 26.

Kolischer, Gustav, A late form of gonorrheal cystitis in the female. Medicine V. 5. p. 370. May.

Labusquière, R., De l'emploi de la vapeur d'eau en gynécologie et en obstétrique. Ann. de Gynécol. LI. p. 388. Mai.

Landau, L., Zur Symptomatologie u. Therapie d. Uterusmyome. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 27.

Landau, Theodor, On the surgical treatment of uterine cancer and its recurrences. Brit. med. Journ. May 27.

Lebedeff, G. J., Ueber d. Behandlung d. Entzündungen d. Uterus u. seiner Adnexe durch intra-uterine Injektionen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 28.

Le Maire, Obstetricisk-gynäkologisk Literatur 1898. Nord. med. ark. N. F. X. 3. Nr. 14.

Le Maire, M., Gynäkolog. u. Geburtshülfl. aus Dänemark 1898. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 5. p. 645.

Lennander, K. G., Ett fall af dermoidcysta i bäckenbindväfven. Hygiea LXI. 4. S. 431.

Leopold, G., Schwerer Ileus, entstanden durch einen Narbenstrang nach Ovariotomie; Trennung dess., Genesung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 28.

Lewers, Arthur H. N., 4 cases of abdominal pan-hysterectomy for fibroid tumours of the uterus. Lancet July 8.

Liell, Edward Nicholas, Cystoscopy and ureteral catheterization in women. New York med. Record LVI. 1. p. 10. July.

Lockhardt, F. A. L., A series of 9 abdominal hysterectomies performed in one year for uterine fibromyoma. Montreal med. Journ. Oct. 1898.

Longuet, L., De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérines (myomectomies et polypectomies). Progrès méd. 3. S. X. 29.

Lomer, Richard, Zur Beurtheilung d. Schmerzes in d. Gynäkologie. Mit einem Vorwort von *A. Saenger*. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. IV u. 82 S. 2 Mk.

Lubusquière, R., Sur une forme commune de stérilité féminine. Ann. de Gynécol. LI. p. 404. Mai.

Mackenrodt, A., Zur Operation d. Retroflexio uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 18.

Mackenrodt, Igniexstirpation von Uterus u. Scheide. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 515.

Mc Lean, Malcolm, The use of thyroid extract in fibromata [uteri]. Med. News LXXIV. 25. p. 791. June.

Madden, Frank Cole, A case of Bilharzia of the vagina. Lancet June 24.

Madden, Thomas Moore, Further observations on uterine cancer and its treatment. Dubl. Journ. CVII. p. 404. June.

Maire, Scheiden-Gebärmuttervorfälle u. Unfall. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 5. p. 150.

Malcolm, John D., Some cases of malignant disease associated with ovarian tumours. Lancet June 17.

Manton, W. P., Hypertrophic elongation of the cervix uteri. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 162. April.

Mariani, Carlo, Epithelioma primitivo della vagina. Gazz. degli Osped. XX. 76.

Martin, Das Befinden d. Ovariotomirten. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24. p. 813.

Mathés, Paul, Ueber die Narkose mit Chlor- u. Bromäthyl b. kleineren gynäkol. Operationen. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 17.

Meddaugh, M. V., The menopause. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 178. April.

Monod, E., Pyosalpinx et périsalpingite séreuse; laparotomie et incision vaginale combinées. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 6. p. 81. Juin.

Morestin, H., Epithéliome de la vulve, point de départ d'accidents phlegmoneux graves. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 399. Avril.

Müller, Emil, a) Deciduoma malignum uteri. — b) Sarcoma corporis uteri. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 22.

Munde, Paul F., The differential diagnosis of pelvic and abdominal diseases in the female. Med. News LXXIV. 16. p. 487. April.

Nassauer, Max, Zur Behandl. d. Blutungen aus d. weibl. Genitale. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 5. p. 623.

Neumann, Siegfried, Ueber einen neuen Fall von Adenomyom des Uterus u. der Tuben mit gleichzeit. Anwesenheit von Urnierenkeimen im Eierstock. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 3. p. 594.

Nijhoff, G. C., Vrouwenklinieken in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 41.

Nordberg, Adolf, Kystoma ovarii tapaus [Fall von Ovariencystom]. Duodecim XV. 5 ja 6. S. 157.

Odebrecht, Ovarialcystom. Uteruscarcinom. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 518.

Orlow, Alexander, Ueber die *Thumim*'sche Hebelklemme. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 20.

Orsini, Geisa, Contributo clinico alla cura operativa del prolasso degli organi genitali femminili. Gazz. degli Osped. XX. 82.

Orthmann, E. G., Zur Casuistik einiger selteneren Ovarial- u. Tubentumoren. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 771.

Picqué, L., et P. Mauclaire, Considérations sur le traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale. Ann. de Gynécol. LI. p. 337. 357. Mai, Juin.

Pilliet, Cancer de la vulve; récidive après 6 ans et demi. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 403. Avril.

Pincus, Ludwig, Eine neue Methode d. Behandlung entzündl., namentl. exsudativer Beckenaffektionen mittels „Belastungslagerung“. Therap. Monatsh. XIII. 5. p. 239.

Pinzani, E., Recherches expérimentales sur quelques modifications apportées par la castration ovarique dans l'échange matériel et dans la constitution du sang. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 25.

Pion, A. P., Un cas d'imperforation de l'hymen. Revue d'Obstétr. XII. p. 156. Mai.

Platon, Massage et involution utérine. Gaz. des Hôp. 67.

Praeger, J., Ueber Stieldrehung der Eileitergeschwülste. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 3. p. 759.

Purslow, C. E., 2 cases of intractable uterine haemorrhage for which vaginal hysterectomy was performed. Brit. med. Journ. June 10.

Rice, R. H., Vicarious menstruation. New York med. Record LV. 17. p. 606. April.

Rieck, A., Ein Fall von primärer Tuberkulose der Vulva einer Erwachsenen u. ihre Bezieh. zum Ulcus rodens vulvae. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 842.

Robin, A., Les fausses utérines; indications du diagnostic et du traitement. Bull. de Thér. CXXXVII. 16. p. 612. Avril 30.

Robin, Albert, Du traitement hydro-minéral dans les maladies des femmes. Bull. de Thér. CXXXVII. 20. 22. 24. p. 768. 845. 926. Mai 30.—Juin 30., CXXXVIII. 2. p. 49. Juillet.

Robinson, G. Drummond, Vulval discharges in children. Obstetr. Soc. Transact. XLI. 1. p. 14.

Savidge, Eugene Coloman, The temptation of skill, with special references to operative gynecology. New York med. Record LV. 17. p. 598. April.

Schally, A., Bericht über weitere 200 an obiger Klinik [Prager geburtsh.-gynäkol. Universitätskl.] ausgeführte Bauchhöhlenoperationen. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 17.

Schenk, F., u. L. Austerlitz, Ueber d. Bakteriengehalt der weibl. Urethra. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 17.

Schmid, Max, Tod nach Injektion von Chlorzink in d. Uterus. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 860.

Schnell, Ferd., Ein prolabirtes Corpus luteum. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 767.

Schopf, F., Eine Hakenzange für Röhrenspecula. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 30.

Schramm, J., Zur Casuistik der primären Harnröhrencarcinome d. Weibes. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 3. p. 522.

Schröter, Wird bei jungen Unverheiratheten zur Zeit der Menstruation stärkere sexuelle Erregtheit beobachtet? Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 3. p. 321.

Schuchardt, Karl, Glücklich verlaufene Exstirpation eines 48 Pfd. schweren soliden Myoms der Gebärmutter. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 1. p. 56.

Schütz, Jacob, Wann ist b. gynäkolog. Erkrankungen eine Operation indicirt? Wien. med. Presse XL. 31.

Schwarz, Perforation des Uterus mittels Curette. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 30.

Schwarze, Bedenken gegen die *Thumim*'sche Klemme. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 21.

Seydel, Corpuscarcinom des Uterus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 1. p. 150.

Simons, E. M., Entozoen in d. Gebärmutter. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 26.

Skutsch, F., Ueber d. Dermoidcysten d. Beckenbindegewebes. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 353.

Souligoux, a) Kyste dermoïde de la grande lèvre droite. — b) Kyste de la grande lèvre. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 273. 274. Mars.

Spinelli, P. G., Chirurg. conservirende Behandl. d. chron. Uterusinversion nach d. Verfahren von *Kehrer*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

Staedler, H., Die operative Behandlung d. Lageveränderungen der Gebärmutter mittels *Lawson-Tait-Alexander*. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 3. p. 492.

Steele, Ernest A. T., Suppurating cysts of both ovaries removed by abdominal section 5 weeks after an abortion, followed by septic absorption; recovery. Lancet April 29.

Steele, J. D., Myo-fibrosarcoma of the ovary. Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. N. S. II. 7. p. 162. May.

Stein, Ludwig, Zur Technik d. vaginalen Uterusexstirpation mit Berücksichtigung der Blasen- u. Harnleiterverletzungen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 30.

Stocker, Siegfried, Zur Behandl. d. adhärenten Retroflexionen d. Uterus. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 10.

Stratz, C. H., Plast. Verschluss einer Hernia ventralis durch einen myomatösen Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 27.

Swisser, H., Quelques considérations générales sur la blennorrhagie chez la femme. Presse méd. belge LI. 17.

Switalski, L., Ueber ein zwischen d. Blättern d. breiten Mutterbandes bei einem neugeb. Mädchen gefundenes Ektodermalgebilde. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 5. p. 620.

Thorén, Adolf, a) Tvenne fall af vaginal ovariotomi. — b) Uterus didelphys; haematometra later. dextri. Hygiea LXI. 6. s. 659. 661.

Tussenbroek, Catharine van, Iets over *Dührs-*

sen's prophylaxis van het uterus-carcinoom en *Pincus'* uterus vaporisatie. Nederl. Weekbl. I. 17.

Uffenheimer, Albert, Zur Histologie u. Histogenese der papillären Kystome des Eierstocks. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21. 22.

Veit, J., Handbuch d. Gynäkologie. III. Bd. 2. Hälfte. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. VII u. 1087 S. mit 66 Abbild. im Text u. 2 Taf. 14 Mk. 20 Pf.

Villard, Hystérectomie abdominale totale dans les fibromes utérins. Lyon méd. XCII. p. 299. Juillet.

Vincenzo, Melchiore, Contributo alla cura dell'amenorrea. Suppl. al Policlin. V. 29. p. 897.

Waldstein, Edmund, Ein Fall von Haemangiosarcoma perivasculare (Perithelioma) vaginae als Beitrag zur Lehre d. Vaginalsarkome d. Kindesalters. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 427.

Weber, F., Ueber Tumoren d. Ligamentum rotundum uteri. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 5. p. 591.

Wertheim, F., Bericht über 52 Myomoperationen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 21.

Wille, Otto, Ein sehr billiger Köliotomietisch. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

Wilms, M., Multiple Embryome des Ovarium. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 5. p. 585.

Wörner, Zur Operation von Ovarialcystomen von ungewöhnl. Grösse. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 325.

Wormser, E., Ueber Incarceration b. Retroflexio uteri gravidi. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 11.

S. a. I. Schulz. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Addinsell, Colombini, Döderlein, Glass, Lindenthal, Pick, Neumann, Turenne; 8. Gentin; 9. Wyllie. V. 2. c. *Krankheiten der Mamma*, Boyd. VII. Döderlein, Treub. IX. Bataigne, Croom. XIII. 2. Aikman, Blondel, Hirth, Mueller. XIV. 3. Zimmer. XVI. Hainworth.

VII. Geburtshülfe.

Abel, Georg, Vergleich der Dauererfolge nach Symphyseotomie u. Sectio caesarea. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 294.

Ahlfeld, F., Lehrbuch d. Geburtshülfe. 2. Aufl. Leipzig. Fr. Wilh. Grunow. Gr. 8. X u. 638 S. mit 338 Abbild. u. 16 Curventaf. im Text.

Ahlfeld, F., Klin. Beiträge zur Frage von d. Entstehung d. fieberhaften Wochenbettserkrankungen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 390. XLI. 1. p. 1.

Ahlfeld, F., Ein Nachwort zur Puerperalfieberdebatte. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 26.

Ahlfeld, F., Zur Lehre von d. Verwachsung d. Placenta mit d. Uteruswand. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 13. p. 425.

Arthur, David, Treatment of a case of puerperal fever with antistreptococcus serum. Brit. med. Journ. July 8.

Audebert, L. J., De l'enchatonnement du placenta. Gaz. hebd. XLVI. 53. 55.

Audion, Grossesse extra-utérine occupant la portion interstitielle de la trompe. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 487. Mai.

Barnes, Walter S., Spontaneous evolution. Brit. med. Journ. July 22. p. 208.

Barth, Justus, Bidrag til belysningen af ätiologien for hyperemesis gravidarum. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XVI. 6. S. 788.

Bayer, Josef, 50 Fälle von Eklampsie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 1. p. 25.

Becker, Georg, Die gesetzl. Verhältnisse d. Hebammen. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 6. p. 116.

Benckiser, A., Ueber Tumoren als Geburtshindernisse. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 28.

Bendix, B., Der Einfluss d. Menstruation auf d. Laktation. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 119.

Bernhard, Oscar, Vorfall d. Uterus während d. Schwangerschaft u. Geburt; Frühgeburt im 8. Monat. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 25.

Bernheim, Albert, Fünflinge. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17.

Beuttner, Oscar, Une ceinture pour les suites de couches et pour la période consécutive à la laparotomie. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 6. p. 416. Juin.

Biró, L., Untersuchungen hinsichtl. Zahncaries u. Gravidität. Ungar. med. Presse IV. 21. 22.

Bossi, J. M., Contributo allo studio di rimedii emostatici non exbolici, e terapia delle metrorragie in gravidanze ed in sopraparto. Rif. med. XV. 155. 156. 157. 158.

Both, H. v., Rechtseitige Tubarschwangerschaft; Ruptur im 5. Mon.; Entbindung d. frei in d. Bauchhöhle lebenden Kindes durch Laparotomie im 8. Monate. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 782.

von Both, Ein Fall von vorgeschrittener Tubenschwangerschaft mit Entwickelung einer typ. Decidua vera in der ganzen Tuba. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 1. p. 146.

Bouffe de Saint-Blaise, G., Du diagnostic des auto-intoxications de la grossesse et de leur traitement. Revue d'Obstétr. XII. p. 161. Juin.

Braitenberg, Josef v., Beitrag zur conservativen Sectio caesarea mit querem Fundalschnitt nach *Fritsch.* Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

von Braun-Fernwald, Erwiderung auf d. Aufsatz: „Noch ein Wort zur Kranioklastfrage“ in Nr. 8 d. Bl., von Dr. *Th. Schrader.* Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 24.

Broadhead, George L., Eclampsia from the surgical standpoint. Med. News LXXIV. 18. p. 552. May.

Brosin, Fr., Pemphigusübertragungen im Wirkungskreise einzelner Hebammen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 418.

Bufnoir, Grossesse tubaire arrêtée dans son évolution. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 376. Avril.

Callender, T. M., Delivery of the arms when displaced upwards in breech cases. Brit. med. Journ. June 10. p. 1395.

Chrobak, R., Ueber Uterusmyom u. Schwangerschaft. Wien. klin. Wchnschr. XII. 30.

Cioffi, Emilio, La gravidanza ed il puerperio sul decorso della tubercolosi polmonare. Gazz. degli Osped. XX. 88.

Coe, Henry C., Notes on the induction of premature labor. New York med. Record LVI. 2. p. 46. July.

Colle, P., Opération césarienne post mortem sur une femme morte subitement au terme de sa grossesse. Écho méd. du Nord III. 27.

Collins, A. N., Placenta praevia. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 174. April.

Comba, Carlo, Congiuntivite ed angina pseudomembranose da diplococco del Fränkel, osservate in un lattante. Settimana med. LIII. 26.

Couvelaire, De l'acétonurie transitoire du travail de l'accouchement. Ann. de Gynécol. LI. p. 353. Juin.

Cury, H., Hygiène sociale de la grossesse. Ann. d'Hyg. 3. S. XLI. 5. p. 402. Mai.

Davis, Sandom, Post-partum convulsions; venesection; recovery. Brit. med. Journ. May 6. p. 1089.

D'Erchia, Florenzo, Beitrag zum Studium d. schwangern u. puerperalen Uterus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 430.

Doctor, Kaiserschnitt an einer sept. Gebärenden. Ungar. med. Presse IV. 16.

Döderlein, A., Ueber Touchirhandschuhe. Aerztl. Polytechn. 6.

Donald, Archibald, A case of ectopic (intraligamentous) gestation at the 7th. month, in which the foetus was extracted by vaginal incision. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 7.

Eberhart, F., Ueber subcutane 0.9proc. Kochsalz-

infusionen b. Puerperalfieber. Therap. Monatsh. XIII. 7. p. 369.

Edgar, John, and John H. Teacher, Repeated ectopic gestation in the same patient. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 1. p. 34. July.

Edmonds, F. H., Malaria and pregnancy. Brit. med. Journ. April 29.

Fehling, Die Pathogenese u. Behandl. d. Eklampsie im Lichte d. heutigen Anschauung. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 248; Gyn. 89.] Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 16 S. 75 Pf.

Ferguson, James, Observations on labour, complicated by a minor degree of pelvic contraction, in primiparae and multiparae. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 1. p. 41. July.

Frank, Fritz, Ueber d. Ausbildung d. Wochenbettpflegerinnen u. ihr Verhältniss zu den Hebammen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 862.

Funck-Brentano, L., Des causes de la rupture utérine pendant la grossesse et l'accouchement. Revue d'Obstetr. XII. p. 129. Mai.

Gilford, Hastings, 2 further instances of extra-uterine (one tubal and one ovarian) gestation in which rupture occurred before the end of the first month; operations. Lancet June 24.

Gloeckner, Hugo, Beiträge zur Lehre vom engen Becken. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 1. p. 81.

Goenner, Alfred, Sind Streptokokken im Vaginalsekret gesunder Schwangerer u. Gebärender? Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 21.

Gottschalk, Sigmund, Fall von querer Zerreissung d. Scheide im untern Drittel b. einer normalen Geburt; hochgradiger perivaginaler Bluterguss mit totaler Ablösung d. linken Hälfte d. Scheidenrohrs. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 1. p. 52.

Graham, John A., Pyrexia after delivery. Brit. med. Journ. June 3. p. 1332.

Green, Charles M., The value of posture in the treatment of occipito-posterior positions. Boston med. and surg. Journ. CXL. 21. p. 489. May.

Guérard, H. A. von, Beiträge zum Verlaufe älterer Extrauteringraviditäten. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21.

Haake, Ueber d. Vorfall d. Nachgeburt b. regelmäss. Sitze ders. u. ausgetragenem Kinde. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 3. p. 455.

Heidemann, M., u. Paul Ruge, Der Verein „Wöchnerinnenheim" zu Berlin. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 26.

Helvie, Charles A., A case of placenta praevia. Med. News LXXV. 3. p. 76. July.

Hillis, Thomas J., Remarks on the midwifery question. New York med. Record LV. 22. p. 783. June.

Horn, F., Ein Beitrag zur Frage d. Kolpaporrhexis in partu. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18.

Howle, W. Creswell, Eclampsia; induction of premature labour; recovery. Lancet May 27.

Hübl, Hugo, Ueber Operationen mit d. *Fehling'*-schen Kranioklasten. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 24.

Jardine, Robert, Intercellular saline injections in eclampsia. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 445. June.

Kelly, J. K., Cases of pregnancy. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 6. July.

Khmelevsky, A. de, Résumé des opinions sur le rôle physiologique du col de l'utérus dans l'accouchement. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 7. p. 437. Juillet.

Kleinwächter, Ludwig, Die durch extramediane Einstellung d. Fruchtkopfs bedingte Hypertorsion d. Uterus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 1. p. 72.

Klitine, J., De l'infection streptococcique générale post-partum et de l'action du sérum antistreptococcique sur cette infection. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 1 et 2. p. 143.

Knapp, Ludwig, Geburtshülfl. Propädeutik. Ein Leitfaden zur Einführung in d. Studium d. Geburtshülfe. Mit einem Vorwort von *Alfred v. Rosthorn.* Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. 8. XVI u. 289 S. mit 100 Abbild. im Texte. 5 Mk. 40 Pf.

Knapp, Ludwig, Ueber Thermophorapparate in d. geburtshülfl. Praxis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 27.

Kolischer, Gustav, Pericystitis in puerperio. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 25.

Kramer, Hugo, Ein Fall von angeb. Bauchbruch d. Frucht u. gleichzeit. Vorkommen von Placenta praevia b. einer Primipara. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 20.

Kreisch, E., Beitrag zur Anatomie u. Pathologie d. Tubargravidität. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 794.

Krug, Florian, Bemerkungen über Extrauterinschwangerschaft. New York med. Mon.-Schr. XI. 5. p. 207. Mai.

Küstner, Otto, Ueber Extrauterinschwangerschaft. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 244. 245; Gynäkol. 88.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 39 S. 1 Mk. 50 Pf.

Labadie-Lagrave; E. Boix et J. Noé, Recherches sur la toxicité urinaire chez la femme enceinte. Arch. gén. N. S. I. 5. p. 513. Mai.

Lackie, J. Lamond, Puerperal hyperpyrexia. Edinb. med. Journ. N. S. V. 6. p. 585. June.

Landau, Richard, Das Versehen der Frauen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 5. p. 639.

Lantos, E., Ueber Behandl. d. Abortus. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 5. p. 600.

Lea, Arnold, W. W., Tumor expelled from the uterus during natural labour. Obstetr. Transact. XLI. 1. p. 2.

Lehman, Marc, Des hémorrhagies rétro-placentaires. Revue d'Obstetr. XII. p. 145. Mai.

Lenoble, E., Fausse couche au cours d'une sclérodermie; atrophie et dégénérescence scléreuse placentaire; mort du foetus; lésions dégénératives de ses organes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 214. Mars.

Leopold, G., Die Symphyseotomie in d. deutschen Kliniken. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 25.

Leopold, G., Beiträge zur Graviditas extrauterina. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 3. p. 526.

Leyden, E. v., Ueber einen mit Duralinfusion behandelten Fall von Tetanus puerperalis. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 29.

Lindeblom, A. A., En ny iakttagelse af upprepadt tubarhafvandeskap hos samme qvinna. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 5. s. 662.

Lindenthal, Otto Th., Ueber d. Diagnose u. Behandlung d. abnormen Haltung d. Extremitäten b. Gesichtslage. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 25.

Lindfors, A. O., Om förlossningen hos puckelryggiga och särskildt vid på kyfos beroende bäckenförträngning. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 6 o. 7. s. 388.

Löhlein, H., Die Adhärenz d. untern Eipols als Ursache d. verzögerten Eröffnungsperiode. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

Lop, Diabète et grossesse. Gaz. des Hôp. 54.

Lop, La présence de l'acétone dans les urines en cas de mort du foetus. Gaz. des Hôp. 56.

Ludwig, H., Ein Fall von wiederholtem Fundalschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 27.

Maclennan, A., On the position of the gravid uterus at the onset of labour with regard to latero-flexion and rotation. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 34. July.

Mc Murtry, Lewis S., A case of extra-uterine pregnancy; operation; recovery. Amer. Pract. and News XXVII. 9. p. 333. May.

Madden, Frank Cole, 2 successful cases of caeserean section. Brit. med. Journ. May 6. p. 1090.

Marion, H. E., Inversion of the uterus. Boston med. and surg. Journ. CXL. 18. p. 424. May.

Marx, S., Aetiologie u. Behandlung d. Nachwehen. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 6. p. 267.

Mossberg, V., Inversio uteri completa. Eira XXIII. 9.

Müller, Max, Ein Fall von Kolpaporrhexis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18.

Neumann, Alfred Egon, Die Stellung d. Arztes zur Perforation d. lebenden Kindes. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 44.

Nichols, J. B., Permanent separation of the amnion and chorion in the mature afterbirth, forming double fetal sacs. Med. News LXXV. 1. p. 12. July.

Nyulasy, Frank A., A case of hydatid mole. Brit. med. Journ. May 20. p. 1215.

Opitz, E., Zur anatom. Diagnose d. Schwangerschaft. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 508.

Ortweiler, L., Ueber Placenta praevia. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 15. p. 489.

Ostermayer, M., Ein durch Kochsalzinfusion geheilter Fall von schwerer Sepsis nach einem Abortus. Ungar. med. Presse IV. 21. 22.

Oui, 2 cas de stercorémie pendant les suites de couches. Echo méd. du Nord III. 29.

Ouren, Henr., Conglutinatio orificii ext. uteri. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 8. s. 181.

Parkison, T. W., A case of complete occlusion of the os uteri. Lancet May 27. p. 1430.

Peiser, Eugen, Klin. Beiträge zur Frage d. Entstehung u. Verhütung d. fieberhaften Wochenbetterkrankungen. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 248.

Perlis, W., Sectio caesarea mit Fundalschnitt nach *Fritsch*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

Peters, Hubert, Ueber Kranioklasie u. eine Modifikation des *C. v. Braun*'schen Kranioklasten. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 17.

Pit'ha, W., Casuist. Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie u. Therapie d. Puerperaltetanus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 29.

Platzer, Alexander, Beobachtungen über die Verletzungen d. Brustwarzen b. Wöchnerinnen. Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 239.

Polak, John O., A case of instrumental rupture of the uterus. Med. News LXXIV. 18. p. 555. May.

Polano, O., Ueber d. Verhalten d. Uterusschleimhaut nach Abort u. Blasenmole. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 1. p. 54.

Prochownick, L., Die Ausschneidung d. puerperal-sept. Gebärmutter. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 756. X. 1. p. 14.

Puech, P., Rupture de la symphyse pubienne et abcès prévésical d'origine puerpérale. Gaz. des Hôp. 61.

Reinprecht, Leopold, Zur Torsion (Achsendrehung) d. graviden Uterus durch Tumoren. Wien. klin. Wchnschr. XII. 30.

Ronsse, J., Des présentations frontales. Belg. méd. VI. 20. p. 609.

Rosenstein, Myom u. Gravidität. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 73. p. 427.

Schaeffer, Oskar, Anatom. Atlas d. geburtsh. Diagnostik u. Therapie. München. J. F. Lehmann. 8. XVI u. 317 S. mit 73 Taf. 12 Mk.

Schick, Richard, Ueber Sectio caesarea in agone. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 17.

Schlagenhaufer, Friedr., 2 Fälle von Tumoren d. Chorionepithels. Wien. klin. Wchnschr. XII. 18.

Siedentopf, 3 conservative Kaiserschnitte mit Eröffnung d. Uterus durch queren Fundalschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

Sippel, Zur Technik des conservativen Kaiserschnitts. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 14. p. 457.

Stähler, F., u. E. Winkler, Untersuchungen über d. Bakteriengehalt d. puerperalen Uterus. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 737.

Strassmann, P., Beitrag zur Lehre von d. fötalen Harnsekretion u. d. Herkunft d. Fruchtwassers. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 218.

Sztencel, B., Ein Fall von Atresia hymenalis bei einer gebärenden Frau. Wien. med. Presse XL. 27.

Thomson, H., u. A. Schwarz, Zur spontanen Uterusruptur. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 28.

Thorn, W., Zur Frage d. Tubenwehen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

Thorn, W., Zur Therapie des operablen Uteruscarcinoms am Ende d. Schwangerschaft. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21. 22.

Thumim, Leopold, Ein Fall von Sectio caesarea mit querem Fundalschnitt nach *Fritsch*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

Tjaden, H., Weitere Beiträge zur Desinfektion d. Hebammenhände. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 1. p. 22.

Torggler, Beurtheilung der Wochenbettverhältnisse nach d. Pulsfrequenz. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21.

Tournay, a) Un cas de grossesse dans un utérus bicorne. — b) Grossesse gémellaire; accouchement à terme d'un enfant vivant et d'un foetus mort, maceré et à 6 mois de gestation. Presse méd. belge LI. 21.

Treub, Hector, Verloskunde en gynekologie in de laatste 50 jaren. Nederl. Weekbl. II. 3.

Vinay, Sur un cas de symphyséotomie. Lyon méd. XCI. p. 156. Juin.

Vroesom de Haan, J., De kraaminrichtingen in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 30.

Walter, C. A., Fall af uterusruptur. Hygiea LXI. 4. s. 483.

Walthard, Max, Ueber Perforation u. Kranioklasie mit d. dreiblättr. Kranioklast. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 13. 14.

Walton, Paul, Traitement des grossesses extra-utérines. Belg. méd. VI. 20. p. 616.

Weinberg, W., Zur Casuistik d. Fünflingsgeburt. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 24.

Weiss, Otto v., Zur Reform d. Hebammenwesens in Bosnien u. d. Hercegowina. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 870.

Wertheim, E., Sectio caesarea wegen retrovagin. Cervixmyom mit Totalexstirpation d. Uterus. Wien. klin. Wchnschr. XII. 25.

Whitbeck, Cornelia E., Obstetrics. Physic. and Surg. XXI. 5. p. 220. May.

Winter, J. G., Eräs symfyseotomiatapaus sekä vähäsen symfyseotomia-statistiikka sen johdosta. [F. v. S. u. zur Statistik d. S.] Duodecim XV. 5 ja 6. S. 119.

Young, William Byrd, Obstinate hematuria during pregnancy. Med. News LXXIV. 19. p. 586. May.

S. a. I. Caspari, Hugounenq, Panzer. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Auché, Basch, Chiari, Kleinhaus. IV. 2. Hassenstein, Maragliano; 3. Oliver, Steven; 5. Douglas; 8. Gentin, Shoemaker. V. 2. c. *Krankheiten der Mamma.* VI. Borelius, Labusquière, Le Maire, Steale. X. Cramer. XI. Ephraim. XIII. 2. Gordon, Strassmann. XVI. Camerer, Lewin. XX. Alin, Volkmann.

VIII. Krankheiten der Kinder.

Baginsky, Adolf, Lehrbuch d. Kinderkrankheiten. 6. Aufl. 1. Abth. Braunschweig. Wreden. 8. VII u. 480 S.

Baginsky, Adolf, Zur Kenntniss d. Atrophie d. Säuglinge. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 18. — Brit. med. Journ. May 6.

Bauer, Aspiratio linguae im Säuglingsalter. Ungar. med. Presse IV. 17.

Bendix, Bernhard, Lehrbuch d. Kinderheilkunde. 2. Aufl. von weil. *Uffelmann's* kurzgefasstem Handbuch d. Kinderheilkunde. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. XIV u. 546 S.

Bendix, Bernhard, Ein Stoffwechselversuch b. atroph. Säugling. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 206.

Bertin, Georges, Contribution à l'étude des infections des nouveau-nés dans les couveuses. Revue d'Obstétr. XII. p. 115. Avril.

Budberg, Roger von, Ueber d. Behandlung d. Nabelschnurrestes. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 18.

Chapin, Henry Dwight, The treatment of summer diarrhea in infants. Med. News LXXV. 3. p. 65. July.

Czerwenka, K., Bemerkungen zu d. Artikel: „ein vereinfachtes asept. Verfahren b. d. Verbindung u. Behandlung d. Nabelschnur"; von *S. J. Kusmin*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 18. vgl. 10.

Diphtherie s. III. *Coles, Dudley, Levin, Rolly, Spirig, Thorn.* IV. 2. *Braun, Demisch, Edgeworth, Feilchenfeld, Gabritschewsky, Gagnoni, Hallwachs, Hassenstein, Herman, Lissner, Moss, Neisser, Northrup, Park, Sörensen, Ustvedt, Virgin, Wenner, Woollacott;* 4. *Ribbert;* 8. *Fuchs.* V. 2. a. *Ewart, Thornton.* X. *Huston.* XI. *Weil* XIII. 2. *Marcuse.*

Erichsen, Stian, Pemphigus neonatorum i Tvedestrand og omegn fra 1893—1896. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 8. S. 193.

Escherich, Th., Die Bedeutung d. Bakterien in d. Aetiologie d. Magen-Darmerkrankungen d. Säuglinge. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 1.

Fiori, Paolo, Ascessi multipli da infezione streptostafilococcica nel neonato. Gazz. degli Osped. XX. 55.

Fischer, Louis, Summer complaints in children. New York med. Record LV. 24. p. 857. June.

Fischl, Rud., De l'infection digestive chez les nourrissons. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 193. Mai.

Fuchs, Hans, Zur Hygiene d. ersten Lebenstage. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21.

Gregor, Konrad, Ueber Erfolge künstl. Ernährung magendarmkranker Säuglinge in d. Poliklinik. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 104.

Hainebach, J., Beitrag zur Aetiologie d. *Pfeiffer*'schen Drüsenfiebers. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26.

Henoch, Eduard, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 10. Aufl. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. XII u. 917 S. 17 Mk.

Horn, F., Ueber Darminvagination d. Neugebornen. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 4. p. 399.

Keller, Arthur, Ueber künstl. Ernährung magendarmkranker Säuglinge in d. Klinik. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 97.

Kerley, Charles Gilmore, The dietetic management of some of the diseases of infancy. Med. News LXXIV. 24. p. 759. June.

Keuchhusten s. III. *Czaplewski.* IV. 2. *Gilbert.*

Knapp, Ludwig, Ueber d. zweckmässigsten Gang b. d. Wiederbelebung scheintodter Neugeborner. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 17.

Ledé, Fernand, L'évolution dentaire des enfants placés en nourrice. Gaz. des Hôp. 60.

Lesage, A propos de l'infection digestive chez le nourrisson. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 270. Juin.

Liebmann, Alb., Geistig zurückgebliebene Kinder. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 18.

Masern s. IV. 2. *Berry, Ganz, Havas, Heymann, Koplik, Sobel, Surmont, Theodor, Wichmanns.*

Maygrier, Ch., De la mort apparente du nouveau-né. Progrès méd. 3. S. X. 28.

Monti, Alois, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 8. u. 9. Heft: Syphilis. Scrofulose. Tuberkulose. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 194 S. Je 2 Mk. 50 Pf.

Nobécourt, P., Sur la pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants. Semaine méd. XIX. 22.

Northrup, W. P., Intussusception in an infant 9 months old; high rectal injection; recovery. New York med. Record LV. 18. p. 638. May.

d'Orlandi, P., Les globules blancs du sang dans les troubles digestifs du nourrisson. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 300. Juillet.

Passini, Fritz, Beitrag zur Ernährung frühgeborner Kinder. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 4. p. 411.

Pecker, La puériculture intra- et extra-utérine par l'assistance scientifique et maternelle à domicile. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 18. p. 473. Mai 2.

Pfaundler, Meinhard, Ueber serodiagnostische Fragen im Kindesalter. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 168.

Pfaundler, Meinhard, Ueber d. Lumbalpunktion an Kindern. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 245.

Prinzing, F., Die Entwickelung d. Kindersterblichkeit in d. europ. Staaten. Jahrbb. f. Nationalökon. u. Statist. XVII. p. 577.

Rehn, Heinrich, Röntgenphotographien von mit Syphilis congenita u. Rhachitis behafteten Kindern. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 186.

Scharlachfieber s. IV. 2. *Class, Combemale, Dukes, Ephraim, Sörensen, Theodor.* XI. *Kraus, Weil.* XIII. 2. *Haig, Poole.*

Schönewald, Ernst, Zur Hygiene der ersten Lebenstage. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 28.

Steiger, E., The prevention of summer complaint in children. New York med. Record LVI. 2. p. 68. July.

Strümpell, Ludwig, Die pädagog. Pathologie oder d. Lehre von d. Fehlern d. Kinder. 3. Aufl., herausgeg. von *Alfred Spitzner*. Leipzig. E. Ungleich. 8. XVI u. 556 S. 8 Mk.

Vehmeyer, Pädatrophie u. Dr. med. *Theinhardt's* Kindernahrung. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 47.

Verhandlungen d. 15. Versammlung d. Gesellschaft f. Kinderheilkunde in d. Abtheil. f. Kinderheilkunde der 70. Versamml. d. Gesellsch. deutscher Naturforscher u. Aerzte in Düsseldorf 1898. Herausgeg. von *Emil Pfeiffer*. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. VIII u. 286 S. 5 Mk. 60 Pf.

Warner, Francis, The mental abilities and disabilities of children. Lancet April 29.

Wecker, L. de, Das Weinen u. Thränen d. Neugebornen. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 222. Juni.

Wely, D. L. van, De kinderziekenhuizen en Herstellingsvorden voor zieke kinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 35.

S. a. I. Abderhalden. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Freund, Smith. IV. 2. Biedert, Carrière, Cronquist, Freudenthal, Monti, Pott; 3. Ausset, Chase; 4. Barbour, Goebel, Graanboom, Hauser; 5. Fringuet, Nicolaysen; 8. Astruc, Berdach, Berend, Bourdillon, De Bruin, Fischl, Heubner, Hirsch, Jacoby, Neurath, Oppenheim, Rouvillois, Schuster, Spiller, Weill, Zappert; 9. Fischl, Lange, Schiele, Sequeira, Siegert, Townsend; 10. Haushalter, Sticker; 11. Marer; 12. Shegalow. V. 1. Maylard, Patel, Siegert; 2. a. Goris, Ryan; 2. c. Bell, Eccles, Mc Kay, Power, Rogier; 2. d. Chipault, Hugo, Martin. VI. Robinson. IX. Spitzner. X. Cramer. XI. Clark, Fruitnight, Mackenzie. XII. Head, Koerner, Kronfeld. XIII. 2. Comby, Engelmann, Escherich, Homburger, Siegert; 3. Johannessen. XIV. 1. Kysthospitalet. XV. Biringer, Carstens, Ehlers, Koch, Kolisko, Mackenzie, Schlossmann, Schmid, Schwab, von Starck.

IX. Psychiatrie.

Adam, James, The application of the open-air system of treatment to the insane. Lancet May 13. p. 1324.

Alt, Konrad, Das heutige Gheel. Psychiatr. Wchnschr. 1—4.

Alt, Konrad, Die Colonie f. familiäre Irrenpflege in Lierneux (Belgien). Psychiatr. Wchnschr. 11. 12.

Andel, A. H. van, Over de krankzinnigengestichten in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Genesk. Suppl. blz. 21.

Aschaffenburg, Gustav, Die Verantwortlichkeit d. Irrenarztes. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 1 u. 2. p. 72.

Athanassio, A., L'oeil des mélancholiques. Arch. de Neurol. 2. S. VII. p. 357. Mai.

Batigne, P., Sur le rôle de la prédisposition dans la genèse des troubles psychiques vrais qui se produisent après les opérations gynécologiques. Gaz. des Hôp. 62.

Bechterew, W. v., Ueber period. akute Paranoia simplex als besondere Form periodischer Psychosen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 5. p. 321.

Bechterew, W. v., Zur suggestiven Behandlung degenerativer Anomalien d. Geschlechtstriebes. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 260. Mai.

Bell, Samuel, The relations of some physical conditions to mental aberrations. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 170. April.

Bellisari, G., Sul potere tossico del liquido cefalorachidiano nella paralisi progressiva. Rif. med. XV. 112. 113.

Bericht über d. Jahresversammlung d. deutschen Irrenärzte zu Halle a. S. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 5. p. 388.

Borge, Om privatforpleining af sindssyge. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 12. S. 366.

Bourneville et J. Boyer, Instabilité mentale; hérédité très chargée; traitement médico-pédagogique; guérison. Progrès méd. 3. S. IX. 22.

Brero, P. C. J. van, Dementia paralytica in Nederlandsch-Oost-Indië. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 344.

Buchholz, Statist. Mittheilungen über d. Verbreitung d. Dementia paralytica im Regierungsbez. Cassel u. d. Fürstenthümern Waldeck u. Pyrmont. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 1 u. 2. p. 176.

Christian, J., De la démence précoce des jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie. Ann. méd.-psychol. 8. S. IX. 3. p. 420. Mai—Juin; X. 1. p. 1. Juillet—Août.

Croom, J. Halliday, On acute mania following simple ovariotomy. Edinb. med. Journ. N. S. V. 5. p. 470. May.

Dedichen, Henrik A. Th., Ein Fall von simulirter Geisteskrankheit. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 3. p. 407.

Deventer, J. van, De toeneming van het aantal krankzinnigen in de provincie Nord-Holland. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 394.

Deventer, J. van, en W. C. J. Verhulst, Twijfel en smet-angst. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 447.

Deventer, J. van, en G. C. van Walsem, Gedenkschrift ter herinnering aan het 50-jarig bestaan van het gesticht Meerenberg. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 309.

Deventer, J. van, en W. Warmolts, Meerenberg als genezings- en verplegingsgesticht. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 383.

Dewey, Richard, Contagion and infection in nervous and mental diseases and degeneracy, and measures of prevention. Medicine V. 5. p. 363. May.

Diller, Theodore, A case of transitory insanity. New York med. Record LV. 20. p. 715. May.

Dobberke, F. C., De ziekenkamer voor den krankzinnige. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 379.

Duplay, De la folie post-opératoire. Presse méd. VII. 51.

Erp Taalman Kip, M. L. van, Chronische waanzin. Psychiatr. en neurol. Bladen 2. blz. 163.

Erp Taalman Kip, *Kraepelins* classificatie der psychosen. Psychiatr. en neurol. Bladen 3. blz. 237. Mei en Juni.

Eykman, P. H., Psychiatrische inrichtingen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 164.

Fuchs, Walter, Der Hausarzt als Psychiater. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 246, innere Med. 74.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 16 S. 75 Pf.

Ganter, R., Ueber Alterserscheinungen b. Geisteskranken. Irrenfreund XL. 5 u. 6. 1898.

Gemmel, James F., Physical diagnosis in the insane. Lancet June 17.

Giraud, A., Le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. Ann. méd.-psychol. 8. S. IX. 3. p. 353. Mai—Juin.

Goodall, Edwin, On anthropological work in asylums, with a practical scheme for conducting the same in adults. Lancet July 15.

Hamilton, Allan Mc Lane, Insanity in connection with disease of the ductless gland. New York med. Record LV. 17. p. 593. April.

Hamilton, Allan Mc Lane, The post-febrile insanities. New York med. Record LV. 25. p. 907. June.

Heilbronner, Karl, Ueber progress. Zwangsvorstellungen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 6. p. 410.

Hirschl, Josef A., Ueber d. sympath. Pupillarreaktion u. über d. paradoxe Lichtreaktion d. Pupillen b. d. progress. Paralyse. Wien. klin. Wchnschr. XII. 22.

Hunter, David, 3 cases of juvenile general paralysis. Lancet April 29.

Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Halle am 21. u. 22. April. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18. — Psychiatr. Wchnschr. I. 1—3. — Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 19.

Juliusburger, O., u. L. Kaplan, Anatom. Befund b. einseit. Oculomotoriuslähmung im Verlaufe von progress. Paralyse. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 11.

Kahlbaum, S., Klin. Beobachtung zweier Fälle von polyneurit. Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 3. p. 429.

Kéraval, Des idées fixes. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 1. Juillet.

Klein, Ferdinand, Casuist. Beitr. zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica u. Pseudoparalysis luetica. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 6. p. 451; VI. 1. p. 16.

Köppen, M., Ueber akute Paranoia. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 10.

Lemei, N. J., Een eigenaardig geval van dementia paralytica. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 441.

Letulle, Maurice, Bains froids dans le délirium trémens. Presse méd. VII. 54.

Lindroth, Artur, Utdrag ur en psykiatrisk studieresa. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 6. S. 750.

Marandon de Montyel, E., Les révoltes dans les asiles d'aliénés et le moyen de les prévenir. Gaz. des Hôp. 44. 46. 48. 49.

Marandon de Montyel, E., Les troubles psychiques post-opératoires au Congrès d'Angers. Revue de Chir. XIX. 5. p. 660.

Marandon de Montyel, E., Des troubles comparés du patellaire, du crémastérien et du pharyngien, étudiés chez les mêmes malades aux 3 périodes de la paralysie générale. Presse méd. VII. 46.

Marandon de Montyel, E., Des états conscients étudiés chez les mêmes malades aux 3 périodes de la paralysie générale confirmée. Gaz. hebd. XLVI. 45.

Marandon de Montyel, E., Des troubles moteurs aux 2 premiers périodes de la paralysie générale progressive. Revue de Méd. XIX. 6. p. 428.

Marandon de Montyel, E., La séclusion et la contrainte manuelle dans le traitement des aliénés. Bull. de Thér. CXXXVIII. 2. p. 33. Juillet 15.

Marchese, S., Sui caratteri delle idee di persecuzione nella frenosi paralitica. Gazz. degli Osped. XX. 55.

Margulies, Alexander, Ueber Pseudodipsomanie. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 23. 24.

Marie, A., Mysticisme et folie. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 33. Juillet.

Mayer, Friedrich, Casuist. Mittheilungen über pellagröse Geistesstörungen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 66.

Möbius, P. J., Psychiatrie u. Literaturgeschichte. Psychiatr. Wchnschr. I. 2 u. 3.

Mönkemöller, Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 1 u. 2. p. 14.

Muskens, L. J. J., Iets over Amerikaansche gestichten. Psychiatr. en neurol. Bladen 2. blz. 183.

Näcke, P., Die sexuellen Perversitäten in d. Irrenanstalt. Psychiatr. en neurol. Bladen 2. blz. 122.

Nonne, Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis b. einem 12jähr. Kinde. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. II. 2. p. 65.

Östvold, Om privatforplegning af sindssyge. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 9. 15. S. 205. 497.

Oláh, G., Neuere Untersuchungsmethoden in der Psychiatrie. Ungar. med. Presse IV. 19.

Pactet, F., Les paralysies générales progressives. Interprétation pathogénique nouvelle des maladies mentales d'après M. *Klippel.* Presse méd. belge LI. 18. 19.

Patterson, James C., The border-line of insanity. Medicine V. 5. p. 378. May.

Persyn, C. J. van, Eene bijdrage tot de geschiedenis van de invoering van het no-restraint in Meerenberg. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 313.

Peterson, Frederick, Some of the problems of the alienist. New York med. Record LV. 22. p. 773. June.

Pilcz, Alexander, Ueber Beziehungen zwischen Paralyse u. Degeneration. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 1. p. 1.

Pluder, F., Psych. Störungen nach Warzenfortsatzoperationen. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 2. p. 101.

Regnard, A., Génie et folie. Ann. méd.-psychol. 8. S. IX. 3. p. 879. Mai—Juin.

Sano, Fritz, Du régime des aliénés à Anvers. Anvers. Impr. Buschmann. 8. 24 pp.

Sano, F., La statistique des aliénés à Anvers. Gand. Impr. Eug. Van der Haeghen. 8. 16 pp.

Schlöss, Heinrich, Ueber Irrenkrankenpflege. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 4. 5. p. 89. 143.

v. Schrenck-Notzing, Zur suggestiven Behandlung d. conträren Geschlechtstriebes u. d. Masturbation. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 257. Mai.

Séglas, J., Le délire systématique primitif d'autoaccusation. Arch. de Neurol. 2. S. VII. p. 433. Juin.

Simpson, Francis O., The insane cranium. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 76.

Sollied, Angaaende sindssyges privat forpleining. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 15. S. 489.

Spitzner, Alfred, Psychogene Störungen der Schulkinder. Leipzig. E. Ungleich. 8. 45 S. 1 Mk.

Torp, Om sindssygepleien, specielt i Kristians amt. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 15. S. 481.

Truelle, Dégénérescence mentale, et névropathique, appoint alcoolique, délire hallucinatoire. Arch. de Neurol. 2. S. VII. p. 337. Mai.

Tschisch, Die Katatonie. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 1. p. 38.

Weygandt, Wilhelm, Ueber d. Mischzustände d. manisch-depressiven Irreseins. München. J. F. Lehmann. 8. 63 S. mit 4 Abbild. u. 1 lithogr. Tafel. 2 Mk.

Wijsman, J. W. H., Wie is uit een maatschappelijk oogpunt krankzinnig? Psychiatr. en neurol. Bladen 2. blz. 179.

Wilcox, Arthur W., On the treatment of insanity by various animal extracts. Lancet May 20.

Zingerle, Ueber Geistesstörungen im Greisenalter. Jahrbb. f. Psych. XVIII. 1 u. 2. p. 256.

S. a. II. Ach, Cramer, Hirsch, Stumpf. III. Bonhoeffer, Kassowsky. IV. 2. Cappelletti, Deventer, Dufour; 4. Deventer; 8. Bourdin, Crookshank, Goodhart, Henry, Mariani, Oswald, Wertheim; 11. Rasch. V. 2. a. François, Stansfield; 2. b. Butler. X. Uhthoff. XIII. 2. Bodoni. XVI. Deiters, De Moor, Moeli, Taty, Ziehen. XX. Möbius, Preuss.

X. Augenheilkunde.

Abelsdorff, G., Die Verhandlungen d. ophthalmol. Sektion d. Academy of Medicine of New York. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 288.

Ahlström, Gustaf, Exstirpation af retrobulbär orbitaltumör med bevarande af ögat. Osteoplastisk resektion af temporala orbitalväggen. Hygiea LXI. 5. s. 507.

Allen, Frederick V., The process of preparation and mounting the eye in Dr. *Bakers* case of melanotic sarcoma. Bull. of the Clevel. gen. Hosp. I. 1. p. 37. Jan.

Asher, L., Monoculares u. binoculares Blickfeld eines Emmetropischen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 427.

Axenfeld, Th., u. Fr. Busch, Ein Beitrag zur klin. Symptomatologie u. zur Histologie d. primären Myxosarkoms d. Sehnerven, sowie zur operativen Entfernung dess. nach d. *Krönlein*'schen Methode. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 1.

Bacquis, Elia, La terapia del glaucoma dall' invenzione dell'iridectomia fino ai giorni nostri. Settimana med. LIII. 15.

Bäck, S., Ueber Contusio bulbi. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 470.

Bänziger, Melanosarkom d. Limbus conjunctivae. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 10. p. 309.

Baker, Albert Rufus, A case of sarcoma of the choroid. Bull. of the Clevel. gen. Hosp. I. 1. p. 35. Jan.

Beaumont, W. M., A colour-blind myopic railway servant. Brit. med. Journ. May 27. p. 1274.

Berger, E., et Robert Loewy, Nouveau procédé opératoire pour l'épicanthus. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 148. Mai.

Bericht, systemat., über d. Leistungen u. Fortschr. d. Augenheilkunde im 4. Quartal 1898; von *St. Bernheimer, O. Brecht, R. Greeff, C. Horstmann, P. Silex.* Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 215; 3. p. 1.

Bitzos, G., Traitement du trachome par tarsostrofie. Ann. d'Oculist. CXXI. 4. p. 253. Avril.

Bodon, Karl, Die chirurg. Behandl. d. Exophthalmus pulsans durch einseit., respect. doppelseit. Unterbindung d. Carotis communis. Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 605.

Brixa, J., Ueber Gumma d. Ciliarkörpers u. luet. Augenhintergrunderkrankungen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 123.

Brugger, Die krankhaften Veränderungen d. Auges b. Kurzsichtigkeit u. ihre Bedeutung f. d. Sehen. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 7. p. 385.

Buchanan, L., Uncorrected errors of refraction and their results. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 44. July.

Bull, Charles Stedman, Syphilis of the eye and its appendages. Med. News LXXIV. 20. p. 609. May.

Cohn, R. D., Ueber d. Herpes zoster ophthalmicus. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 148.

Cramer, Heinrich, Geburtshülfl. Verletzung d. kindl. Auges. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 27.

Cross, F. Richardson, The operative treatment of eyes exhibiting high degrees of myopia. Lancet July 1.

Dagilaisky, W., Ein Fall von Spontanheilung eines Altersstaars. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 218. Juni.

Deschamps, Sur les blessures de l'oeil par les

piquants de châtaigne. Ann. d'Oculist. CXXI. 4. p. 241. Avril.

Deutschmann, R., Zur Pathogenese d. sympath. Ophthalmie. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 110. April.

Dolganoff, W., Zur patholog. Anatomie d. Glaukoms. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 127.

Dreyer-Dufer, Plaques muqueuses de la conjonctive. Gaz. des Hôp. 69.

Druault et Milian, Cylindrome de la paupière inférieure. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 323. Mars.

Elschnig, A., Keratomalacie b. Bindehautxerose. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 18.

Elschnig, A., Bemerkung zu der Mittheilung *Schnaudigels:* Ein Fall von multiplen Blutungen d. Sehorgans, insbes. d. Sehnervenscheiden. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 461.

Erb, A., Ein Fall von Spontanausstossung eines Zündhütchenstückes aus d. Auge 5 J. nach d. Verletzung. Ztschr. f. Augenhkde. I. p. 449.

Evans, T. C., Indications for enucleation [of the eyeball]. Amer. Pract. and News XXVII. 11. p. 418. June.

Eyre, J. W., A clinical and bacteriological study of diplo-bacillary conjunctivitis. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 1.

Feuer, N., Meine gegenwärtige Trachom-Behandlung. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 98. 135. April, Mai.

Flemming, Percy, On the eye complications of the acute specific fevers. Brit. med. Journ. April 29.

Foster, Lanckton, Angeb. Irideremie. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 106.

Foster, Matthias Lanckton, Detachment of the retina. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 5. p. 553. May.

Fraenkel, Augenspiegelbefund bei Pneumonie. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 456.

Freeland, F. J., Trachoma and race. Brit. med. Journ. July 1. p. 57.

Frost, W. Adams, The optical effect of removal of the lens in myopia. Lancet July 15. p. 155.

Gallo, Nicola, L'ambliopia tossica da tabacco. Suppl. al Policlin. V. 35. p. 1089.

Gifford, H., Bemerkungen über Bakteriologie u. Asepsis in d. Augenheilkunde. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 107.

Gonin, J., Ueber ein subconjunctivales Angiofibrom d. äusseren Augenmuskels mit hyaliner Degeneration. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 89.

Goodwyn, H., Case of irideremy. Brit. med. Journ. July 1. p. 10.

Gourfein, Tuberculose des voies lacrymales. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 19. p. 484. Mai 9. — Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 6. p. 380. Juin.

Graefe-Saemisch, Handbuch der Augenheilkunde. 2. Auflage herausgeg. von *Theodor Saemisch.* 10.—13. Lief. Leipzig. Wilh. Engelmann. Gr. 8. II. Th. S. 49—176 u. 16 S. Je 6 Mk.

Grant, Lachlan, Observations on tuberculous and syphilitic diseases of the eye. Lancet July 15.

Groenouw, Schussverletzungen d. Augenhöhle mit Nachweis d. Geschosses durch Röntgenstrahlen. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 151. Mai.

Grunert, Karl, 5 Fälle von Papillom d. Bindehaut. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 111. April.

Günsburg, Fritz, Ein Fall von in d. Glaskörper vordringender Arterienschlinge. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 173. Mai.

Guillery, Bemerkungen über Sehschärfe u. Schiessausbildung. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 4. p. 193.

Haab, O., Atlas d. äusseren Erkrankungen d. Auges nebst Grundriss d. Pathologie u. Therapie derselben. [Lehmann's med. Handatlanten Band XVIII.] München. J. F. Lehmann. 8. X u. 228 S. mit 76 farb. u. 6 schwarzen Abbild. 10 Mk.

Haken, M., Das Ulcus corneae serpens u. seine Behandlung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 125. April.

Halász, H., Beiträge zur Heilung von im Anschlusse an Nasenkrankheiten entstehenden Augenaffektionen. Ungar. med. Presse IV. 20.

Hanke, Victor, Die Nitronaphthalin-Trübung d. Hornhaut, eine Gewerbekrankheit. Wien. klin. Wchnschr. XII. 27.

Helleberg, Axel, Et fall af iristumör. Nord. med. ark. N. F. X. 3. Nr. 15.

Henle, V., Gummen d. Iris u. d. Ciliarkörpers. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 12. p. 300.

Hering, Ewald, Ueber d. anomale Lokalisation d. Netzhautbilder b. Strabismus alternans. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 15.

Hertel, E., Ein Beitrag zur Frage d. Myopieoperation. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 420.

Hilbert, Richard, Fötale Entzündungsprodukte auf d. einen Auge, Colobombildung u. Amblyopie auf d. andern Auge eines jungen Menschen. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 122. April.

Hirschberg, J., 2 seltene Augenoperationen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26.

Holden, Ward A., Zur Pathologie d. experiment. Chinin-Amblyopie. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 139.

Holmes, C. R., Exstirpation d. Thränensackes u. d. Thränendrüse. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 175.

Huston, George, Diphtheritic conjunctivitis cured with antitoxin. New York med. Record LV. 23. p. 814. June.

Jamison, H. D., Perforating ulcer of the cornea; prolapse of the iris 12 times; vision normal. New York med. Record LV. 16. p. 581. April.

Jamison, H. D., The abortive treatment of gonorrhoeal ophthalmia by a cantholysis and the thorough application of nitrate of silver. New York med. Record LV. 23. p. 814. June.

Jensen, Edmund, Nogle Öjenundersögelser hos gamle Individer. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 26. S. 659.

Jonnesco, Thomas, Die Resektion des Halssympathicus in d. Behandlung d. Glaukoma. Wien. klin. Wchnschr. XII. 18.

Isler, Jakob, Das Glioma retinae. Inaug.-Diss. Basel. Druck von Womer-Riehm. 8. 41 S.

König, Arthur, Bemerkungen über angeborene Farbenblindheit. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 6. p. 425.

Koenig, Edmond, Traitement chirurgical de la myopie forte, par l'extraction du cristallin transparent. Progrès méd. 3. S. IX. 17.

Kugel, L., Ueber ein operatives Verfahren zur Heilung von Lidverdickung b. ulceröser Blepharitis. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 459.

Lauder, Edward S., Rupture of the eyeball. Bull. of the Clevel. gen. Hosp. I. 1. p. 44. Jan.

Leber, Th., u. C. Addario, Angeb. Panophthalmitis mit Bacillenbefund b. einer Ziege, nebst Bemerkungen über fötale Augenentzündungen u. Bildungsanomalien d. Auges im Allgemeinen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 192.

Lewis, Frank N., The use of extract of the suprarenal capsule in ophthalmic practice. New York med. Record LV. 16. p. 564. April.

Majewski, Casimir Vincenz, Ueber corrigirende Wirkung d. Hydrodiaskops *Lohnstein's* in Fällen von Keratoconus u. unregelmäss. Astigmatismus. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 162. Mai.

Mandonnet, Hypertrophie conjunctivale à locali-

sation spéciale dans un cas de conjonctivite printanière. Ann. d'Oculist. CXXI. 4. p. 266. Avril.

Maschke, Max, Die augenärztl. Unfallspraxis. Ein Hülfsbuch f. d. Feststellung d. Unfallerkrankungen d. Auges u. d. Unfallrenten. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 8. XII u. 120 S. 3 Mk. 60 Pf.

Matthaei, Behandl. d. Körnerkrankheit (Granulose) b. Militär. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 5. p. 285.

Mayer, Fritz, Hämorrhag. Cyste d. Corpus ciliare mit Ausgang in spontane Heilung. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 26. 27.

van Millingen, Ueber endo-oculäre Galvanokausis. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 161. Juni.

Mohr, Michael, u. Moritz Schein, Keratosis conjunctivae. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 231.

Norman-Hansen, C., Wann entsteht d. Chorioideal-Riss b. Schläfenschuss? Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 104. April.

Obarrio, T. de, Congenital cataract in the rabbit. New York med. Record LV. 24. p. 868. June.

Oliver, Charles A., Description of an adjustable bracket for the Reid ophthalmometer. Univers. med. Mag. XI. 10. p. 585. July.

Parker, Rushton, Plexiform neuroma of eyelids with ptosis; excision; ptosis relieved by Panas' plastic operation. Brit. med. Journ. Jan. 17. p. 1463.

Pergens, Ed., Die Blutentziehung u. d. Revulsion in d. Augenheilkunde. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 191. Juni.

Pihl, J. A., Om isometropa glas. Hygiea LXI. 4. s. 479.

Ramsay, A. Maitland, Strumous ophthalmia. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 1. p. 1. July.

Ring, G. Oram, A successfully iridocystectomy. Univers. med. Mag. XI. 8. p. 440. May.

Risley, S. D., The late result in a case of implantation of sponge in the orbit after enucleation. Univers. med. Mag. XI. 8. p. 429. May.

Risley, S. D., The employment of the Kalt suture in critical cases of cataract extraction. Therap. Gaz. 3. S. XV. 6. p. 377. June.

Rogman, Sur le dacryops. Ann. d'Oculist. CXXI. 6. p. 401. Juin. — Belg. méd. VI. 21. p. 641.

Rohmer, De la suppression du pansement après l'opération de la cataracte. Ann. d'Oculist. CXXI. 6. p. 431. Juin.

Romié, La myopie scolaire. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 20. p. 508. Mai 16.

Roosa, a) Convergent strabismus; the *Panas* operation. — b) Injury to the cornea. Post-Graduate XIV. 6. p. 479. 480. June.

Roure, Quelques recherches expérimentales sur un nouveau traitement chirurgical de l'exophthalmie. Ann. d'Oculist. CXXI. 6. p. 452. Juin.

Ryerson, G. Sterling, Lightning stroke causing eye diseases. New York med. Record LV. 16. p. 582. April.

Sachs, B., On certain functional (chiefly hysterical) conditions of the eye. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 6. p. 329. June.

Sachs, Moriz, Kann Schielen Schwachsichtigkeit verursachen? Wien. klin. Wchnschr. XII. 25.

Sachs, M., Ueber das Alterniren der Schielenden. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 443.

Schlipp, R., Ueber einen epithelialen Tumor des Ciliarkörpers. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 353.

Schmeichler, Ludwig, Augenärztl. Mittheilungen. Eine Sekretionsanomalie d. Meibom'schen Drüsen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 17.

Schnabel, Kleine Beiträge zur Lehre von der Augenmuskellähmung u. zur Lehre vom Schielen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 22.

Schoute, G. J., Het schijnbare accommodeeren der aphakische langoogen. Nederl. Weekbl. I. 22. — Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 438.

Schultz, H., Klin. Beiträge zur eitrigen Keratitis. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 26.

Schweigger, C., Zur Technik d. Vorlagerung b. d. Schieloperation. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 109.

Schweinitz, G. E. de, An ophthalmic clinic at the Jefferson med. College Hospital. Therap. Gaz. 3. S. XV. 4. p. 217. April.

Seydel, F., Ein Beitrag zur Lehre der Keratitis neuroparalytica. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 1. p. 142.

Sicherer, Otto von, Untersuchungen über die Sterilisation d. chines. Tusche zur Tätowirung d. Hornhaut. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 22.

Snellen sr., H., De oogheelkundige verplegning in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 69.

Stephenson, Sydney, A note on x-rays and colour-blindness. Lancet May 13. p. 1290.

Sulzer, Quelques remarques sur la mesure de l'acuité visuelle. Ann. d'Oculist. CXXI. 6. p. 443. Juin.

Theobald, Samuel, A case of atrophy of the optic nerves following hemorrhage from the stomach, with a consideration of the causes of post-hemorrhagic blindness. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 82. May.

Thorner, W., Ein neuer stabiler Augenspiegel mit reflexlosem Bilde. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 4 u. 5. p. 294.

Tillier, F., Lidt om briller og brillestel. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 7. s. 932.

Triepel, H., Weitere Mittheilungen über Decentriren bisphär. Linsen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 432.

Uhthoff, W., Beiträge zu d. Gesichtstäuschungen (Hallucinationen, Illusionen u. s. w.) b. Erkrankungen d. Sehorgans. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 5. p. 370.

Uhthoff, W., Ein Beitrag zur congenitalen totalen Farbenblindheit. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 4 u. 5. p. 326.

Unna, P. G., Salbenmullverband b. Hautkatarrhen d. Augengegend, complicirt mit Katarrhen d. Auges. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 1. p. 12.

Vacher, L., 5me. note sur la suppression du cristallin transparent dans la myopie très-forte; résultats éloignés; indications; contre-indications. Ann. d'Oculist. CXXI. 6. p. 413. Juin.

Van Duyse, Contribution à l'étude du cryptophthalmos. Belg. méd. VI. 23. p. 705.

Velhagen, Erfahrungen über d. Behandlung d. hochgrad. Myopie durch Linsenextraktion. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Verhoeff, Frederick Herman, A new instrument for measuring heterophoria and the combining power of the eye. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 87. May.

Vignes, L., Chancre mou de la conjonctive bulbaire. Presse méd. VII. 57.

Walsem, David, and Sydney Stephenson, Notes on a case of lupus lymphaticus of the eyeball. Lancet June 10. p. 1562.

Walter, O., Conjunctivitis folliculosa u. Trachom. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 62.

Walter, O., Beitrag zur offenen Wundbehandlung nach Augenoperationen. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 263.

Wecker, L. de, Quelle est la théorie, nerveuse ou obstructioniste qui s'adapte le mieux aux observations cliniques du glaucôme. Ann. d'Oculist. CXXI. 5. p. 321. Mai.

Weiss, L., u. W. Klingelhöffer, Ueber d. Vorkommen von Irisrissen. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 237.

Westhoff, C. H. A., Un cas de luxation double congénitale du cristallin. Ann. d'Oculist. CXXI. 4. p. 263. Avril.

Westhoff, C. H. A., Distichiasis congenita hereditaria. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 180. Juni.

Wilson, Mary R., Haemorrhage during an operation for convergent strabismus. Lancet July 15. p. 155.

Wingenroth, Ernst, Ein Fall von Diplokorie d. rechten Auges. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 105. April.

Wingenroth, Ernst, Beiträge zur Behandlung eitriger Augen- u. Thränensackaffektionen mit Protargol. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 168. Mai.

Wishard, J. G., The after-treatment of cataract. New York med. Record LV. 17. p. 606. April.

Wolff, Hugo, Ueber d. Operation zur Erzielung d. Beweglichkeit künstl. Augen u. deren theilweisen Ersatz durch eine neue Prothese von besonderer Form. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 95.

Wolff, Hugo, Ueber Symblepharon-Operation am doppelt umgestülpten Oberlide mit Annähung transplantirter Lappen an d. Sehnenausstrahlung d. Musc. rectus oculi superior, behufs Bildung einer dauerhaften Uebergangsfalte. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 225.

Yarr, T. M., Trachoma and race. Brit. med. Journ. May 6; vgl. a. July 15. p. 179.

Zimmermann, M. W., A report of 13 cases showing partial reversal in the visual fields. Univers. med. Mag. XI. 9. p. 516. June.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Birch, Fraenkel, Friedland, Ginsberg, Hertel, Neuschüler, Schanz, Stoewer. IV. 8. *Morbus Basedowii, Ophthalmoplegie,* Bull, Gelpke, Kiribuchi, Knotz, Koenig, Liebrecht, Mingazzini, Reber, Schweinitz, Valude, Wilbrand; 11. Rasch. V. 2. a. Jacqueau, Knapp. VII. Comba. IX. Hirschl, Juliusburger. XIII. 2. Addario, Carra, Dobrowolsky, Engelmann, Praun, Pusinelli. XVI. Jahrmärker. XIX. Kaelin. XX. Fukala.

XI. Specielle Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes u. Rachens.

Amberg, Emil, Meatus with abnormal direction. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 169. April.

Armstrong, Wm., Nasal treatment in asthma. Brit. med. Journ. June 3. p. 1331.

Arneill, James R., Pharyngeal abscess diagnosed as tetanus. Med. News LXXIV. 16. p. 492. April.

Bergeat, Hugo, Rhinoscopia externa; Recessus apicis nasi. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 4.

Bing, Albert, Zum *Gellé*'schen Versuch (Pressions centripètes). Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 4.

Bonnier, Pierre, Le tabes labyrinthique. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 2. p. 131. Mars—Avril.

Breitung, Max, Schwerer gefahrdrohender Collaps nach d. Operation von Nasenpolypen. Wien. klin. Wochenschr. XII. 22.

Breitung, Max, Einige Bemerkungen zur prakt. Bewerthung des *Gellé*'schen Versuches. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 6.

Browne, Lennox, The removal of out growths from nasal septum. Lancet July 15. p. 181.

Bruck, Alfred, *Jacobson's* neue asept. Ballonohrenspritze. Aerztl. Polytechn. 7.

Bruck, Franz, Zur Abtragung d. circumscripten Verdickungen d. Nasenschleimhaut. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 41.

Burton, William E., Treatment of coryza. Brit. med. Journ. June 10.

Cahn, A., Ueber Intubation bei chron. Kehlkopfstenosen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19. Beil.

Clark, J. Payson, Foreign bodies in the larynx in children. Boston med. and surg. Journ. CXL. 22. p. 516. June.

Coën, R., Ueber einen seltenen Fall von Sigmatismus nasalis; Heilung. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 27.

Collier, Mayo, A case of ear cough. Lancet May 13. p. 1289.

Connal, J. G., Large nasal polypus with cystic degeneration. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 427. June.

Dawbarn, Robert H. M., The purse-string method for tonsillar hemorrhage. Med. News LXXIV. 20. p. 619. May.

Denker, Alfred, Zur Operation der adenoiden Vegetationen. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 312.

Eitelberg, A., Ein weiterer Beitrag zur Behandl. der Mittelohrsklerose mit Thyreoidintabletten. Wien. med. Presse XL. 29.

Ephraim, A., a) Bedrohl. Anschwellung einer Kehlkopfgeschwulst durch Gravidität u. Entbindung. — b) Langgestieltes Sarkom d. Kehlkopfes. — c) Adenoide, regressiv veränderte Vegetationen b. einer 67jähr. Frau. — d) Gehörgangcyste. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 5.

Falta, Marczel, Ueber Atresie d. Tuba Eustachii. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 26. 27.

Fein, Johann, Eine vereinfachte Methode d. Abtragung d. hinteren Muschelhypertrophien. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 21. 22.

Floderus, Björn, Bidrag till stigbygelankylosens operativa radikalbehandling. Förutsändt meddelande. Nord. med. ark. N. F. X. 3. Nr. 13.

Fruitnight, J. Henry, Otitis of the exanthemata from the standpoint of the pediatrician and general practitioner. Med. News LXXV. 1. p. 11. July.

Gleitsmann, Fall von geheilter primärer Pharynx- u. Larynxtuberkulose nach 18monat. Behandlung. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 5. p. 230.

Haike, H., In d. Paukenhöhle eingekeilter Fremdkörper von besond. Quellfähigkeit b. chron. Eiterung des Mittelohrs. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27.

Harmer, L., Schilddrüsenmetastase in der Nasenhöhle. Wien. klin. Wchnschr. XII. 23.

Hasslauer, Wilhelm, Akute Periostitis des Warzenfortsatzes im Gefolge von chron. trockenen Mittelohrkatarrh. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 6.

Holm, N., Nogle Bemärkninger om Aarsagen til Perichondritis serosa og dens Behandling. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 23.

Hopkins, Herbert J., Foreign bodies in the throat. New York med. Record LVI. 1. p. 13. July.

Jürgens, A., Ein Fall von Cholesteatom; Radikaloperation nach Ablösung d. Ohrmuschel. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 24.

Jurasz, A., Die laryngoskop. Behandl. d. bösart. Kehlkopfneubildungen. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 6. p. 260.

Kassel, Carl, Zur Behandlung d. Kehlkopftuberkulose. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 6.

Kraus, Hugo, Perichondritis laryngea b. Scharlach. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 29.

Lewis, G. Griffin, Otology; its relation to general medicine. Med. News LXXIV. 19. p. 582. May.

Liebig, Georg von, Behandlung d. Gehörleiden in der pneumat. Kammer. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 20.

Mc Bride, P., Asthma in relation to the upper air passages. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 1. p. 7. July.

Mackenzie, G. Hunter, Remarks on laryngeal growths in young children. Brit. med. Journ. May 20.

Menzel, M., Zur Kenntniss d. Schleimhautpemphigus. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 4.

Möller, Jörgen, En ny Ganehage. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 16. — Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 6.

Möller, Jörgen, Endnu et Par Bemärkninger om Perichondritis serosa auriculae. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 24. S. 613.

Molinié, J., L'asthme des foins et les rhinites spasmodiques. Gaz. des Hôp. 52.

Mygind, Holger, Lupus vulgaris laryngis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 22. s. 536.

Nöll, Ein neuer Zungenhalter. Aerztl. Polytechn. 4.

Okada, W., Zur oto-chirurg. Anatomie d. Schläfenbeins. Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 964.

Onódi, A., Lipom d. Tonsille. Ungar. med. Presse IV. 18.

Otto, Richard, Ueber einen Fall von chron. Schleimhautpemphigus d. oberen Luftwege u. d. Conjunctiva b. vorhandenem Diaphragma d. Kehlkopfes. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 26. 27.

Passow, A., Die Therapie d. akuten Mittelohrentzündung. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 309.

Patrick, John, A case of Menière's disease. Glasgow med. Journ. LI. 6. p. 442. June.

Piffl, Otto, Hyperplasie u. Tuberkulose d. Rachenmandel. Ztschr. f. Heilkde. XX. 4. p. 297. — Prag. med. Wchnschr. XXIV. 19.

Raviart et Marlier, Emphysème sous-cutané de la face, du cou et du tronc, dû à une perforation du larynx chez un tuberculeux. Gaz. hebd. XLVI. 38.

Rischawy, Benjamin, Ein Fall von vollständiger Verwachsung der Epiglottis mit dem Zungengrund durch luet. Narben, nebst einigen Bemerkungen über d. Physiologie d. Schluckaktes. Wien. klin. Rundschau 28.

Rundström, Alfred, Om behandlingen af kroniska stenoser i larynx och öfre delen af trachea. Hygiea LXI. 4. s. 335.

Sarason, L., Apparat zur Behandl. d. Schnupfens: „Coryzor“. Aerztl. Polytechn. 4.

Saxtorph Stein, V., Undersögelser over Lokomotivfunktionärers Höreorganer og over Signalhörelsen. Nord. med. ark. N. F. X. 2. Nr. 8.

Schneider, G., Angine à bacilles fusiformes de Vincent. Presse méd. VII. 48.

Schulz, Zur Behandl. d. Trachealstenosen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 29.

Seifert, O., Zur Diagnose u. Therapie d. Erkrankungen d. Nebenhöhlen d. Nase. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 5. p. 80.

Seiler, Carl, Epistaxis, its cause and treatment. New York med. Record LV. 21. p. 746. May.

Somers, Lewis S., The influence of turbinal hypertrophy upon the pharynx. Univers. med. Mag. XI. 8. p. 446. May.

Stangenberg, E., Om den nutida behandlingen af vårbildande processer i mellanörat. Hygiea LXI. 4. s. 443.

Strong, Robert H., Tonsillar calculi. Brit. med. Journ. May 6. p. 1089.

Struppler, Theodor, Ueber d. Larynxödem u. d. Gefahren einer parenchymatösen Nephritis bei schon bestehenden Kehlkopfleiden. Ann. d. Krankenh. zu München p. 154.

Stumpf, C., Beobachtungen über subjektive Töne u. Doppelthören. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 1 u. 2. p. 100.

Sugár, K. M., Seltenes Neugebilde an der Ohrmuschel. Ungar. med. Presse IV. 15.

Teichmann, Zur einheitl. Darstellung der Hörprüfungsergebnisse. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 5.

Thorén, A., Tvenne fall af inflammation i mellanörat och vårtutskottet med komplikation af tromboflebit i sinus transversus och i ena fallet derjemte större extradural abscess. Hygiea LXI. 6. s. 644.

Urbantschitsch, Victor, Ueber method. Hörübungen u. deren Bedeutung f. Schwerhörige. Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. 8. 36 S.

Walsham, Hugh, A note on the occurrence of epithelial pearles in the tonsil. Lancet April 29.

Wassmund, Bericht über die Ohrenstation des Garnisonslazareths I Berlin f. d. Zeit vom 1. Oct. 1896 bis 30. Sept. 1898. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 6. p. 330.

Wassmund, Verknöcherung der Ohrmuschel u. Röntgographie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27.

Wassmund, Ueber narbigen Verschluss trockener Trommelfelllöcher (persistirender Perforationen) durch Aetzungen mit Trichloressigsäure. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 7. p. 417.

Weil, E., Der Scharlach u. d. Scharlachdiphtheroid in ihren Beziehungen zum Gehörorgan. [Klin. Vortr. a. d. Geb. d. Otol. u. Pharyngo-Rhinol., herausgeg. von *Haug* III. 5.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 163—182. 60 Pf.

Wex, Friedrich, Beiträge zur normalen u. pathol. Histologie der Rachentonsille. Inaug.-Diss. (Rostock). Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 36 S.

Wladimiroff, G. E., Eine Schlinge zur Extraktion von Fremdkörpern aus der Nase bei Kindern. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 374.

Zeehuisen, H., Klinische waarnemingen over angina non-diphtheritica. Nederl. Weekbl. I. 23.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. De Simoni, Preyssing, Salomon. IV. 2. Heymann, Mac Cay, Park, Warner; 3. Armstrong, Hall, Homburger; 8. Dide, Escat, Fuchs, Sacquépée, Warda; 11. Cordes. V. 1. Goldschmidt; 2. a. Bauchwitz, Bauer, Dörner, Dubujadoux, Föderl, Gluck, Goris, Körner, Lucae. VII. Comba. X. Halász. XIII. 2. Alexander, Lewy, Tóth. XIX. Bresgen.

XII. Zahnheilkunde.

Arkövy, Josef, Grundsätze d. conservativen Behandl. d. Zahnpulpa. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 97.

Bericht über d. 34. Versamml. d. zahnärztl. Vereins für Niedersachsen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 7. p. 316. Juli.

Biró, S., Krit. Revue d. Literatur über d. conservative Behandl. d. Zahnpulpa. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 175.

Dalma, D., Einiges über Dentinanästhesie. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 2. 192.

Geist-Jacobi, Beobachtungen mit Dr. *Scheuer's* Formaldehydpaste. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 6. p. 302.

Hattyasy, Ludwig, Ueber d. Werth d. Wurzelfüllungsmaterialien. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 108.

Head, Joseph, The care of the teeth during sickness and the philosophy of lancing childrens gums from the standpoint of the dental practitioner. Therap. Gaz. 3. S. XV. 5. p. 297. May.

Hirschbruch, Paul, Die Behandl. d. nekrot., nicht inficirten Pulpa mit Chinosol. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 5. p. 239.

Kimmle, Zur Zahnpflege in d. Armee. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 4. p. 206.

Koerner, H., Einiges über d. Auftreten d. Caries bei Kindern während des schulpflicht. Alters. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 8. p. 367. Aug.

Kronfeld, Robert, Die Behandl. d. Milchzähne. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 23.

Landgraf, Lorenz, Zur Frage d. Extraktion b. akut eitriger u. phlegmonöser Wurzelhautentzündung. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 4. p. 192.

Lührse, L., Die Verbreitung d. Zahncaries b. d. verschied. Gewerbetreibenden. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 6. p. 249. Juni.

Moeser, Ernst, Die Herstellung homogener Einlagen an Zahnfüllungen ohne Brennofen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 7. p. 300. Juli.

Nagy, E., Odontochisis operativa. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 170.

Natzler, Todesfall einige Tage nach Zahnextraktion. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 7. p. 357.

Partsch, C., u. Alfred Kunert, 4. Bericht d. Poliklinik f. Zahn- u. Mundkrankheiten d. zahnärztl. Instituts d. kön. Universität Breslau. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 5—8. p. 201. 259. 305. 348. Mai—Aug.

Port, Ueber d. Einführung d. Zahnheilkunde in d. Armee. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 7. p. 404.

Scheuer, A., Füllung mit vulcanisirten Einlagen. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 189.

Scheuer, Pulpenüberkappung mit Formaldehydpaste. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 6. p. 305.

Talbot, Eugene S., Interstitial gingivitis or socalled pyorrhoea alveolaris. Philadelphia. The S. S. White dental manufact. Co. 8. IX and 192 pp. with 73 illustr.

Verhandlungen d. 22. Versamml. d. zahnärztl. Vereins f. d. Königreich Sachsen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 5. p. 230. Mai.

Zsigmondy, Otto, Ueber d. Behandlung pulpakranker Zähne, deren Wurzelwachsthum noch nicht vollkommen zum Abschluss gelangt ist. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 4. p. 187.

S. a. II. Fuchs. IV. 2. Leger; 8. Makuna. VII. Biró. VIII. Ledé. XIII. 2. Brodtbeck. XVI. Talbot.

XIII. Pharmakologie u. Toxikologie.

1) *Allgem. Pharmakologie. Pharmacie.*

Bullinger, Joseph, Ueber d. Krystallformen d. oxals. Kalks in med. Pflanzendrogen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 176.

Cree, Walter J., What shall we prescribe? Physic. and Surg. XXI. 5. p. 219. May.

Farrar, Reginald, Prescribing in general practice. Brit. med. Journ. June 3. p. 1375.

Heuss, E., Ueber Paraplaste. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 2. p. 65.

Holmström, E. Axel, Ueber die Reform des schwed. Apothekenwesens. Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXXI. 3. p. 538.

Husemann, Th., Die comprimirten Arzneimittel u. die Gesetzgebung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17. 18.

Landau, R., Zur sogen. Tablettenfrage. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 27.

Masson, Préparation des extraits dans le vide partiel et à basse température. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 5. p. 321. Mai.

Pick, Friedel, Ueber Beeinflussung d. ausströmenden Blutmenge durch d. Gefässweite ändernde Mittel. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 5 u. 6. p. 399.

Wolff, Salbenbougies. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 354.

S. a. IV. 2. Schulz; 3. Dörig; 10. Philippsen. V. 1. Geppert. XIII. 2. Wood. XIV. 4. *Versch. therap. Methoden.* XV. Labbé. XIX. Krag, Springfeld, Uchermann. XX. Cabanès, Helfreich.

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Addario, C., Ueber d. Nachweis von Quecksilberchlorid im Humor aqueus nach Injektion unter d. Bindehaut. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 375.

Addy, Boughton, Erythrol tetranitrate in angina pectoris. Brit. med. Journ. May 6. p. 1088.

Adrian, L., Note sur les solutions officinelles d'acide phénique. Bull. de Thér. CXXXVII. 19. p. 726. Mai 23.

Aikman, J., A case of procident uterus treated by quinine injection. Lancet June 24. p. 1716.

Alexander, Arthur, Das Protargol in d. rhinolaryngol. Praxis. Arch. f. Laryngol. IX. 1.

Anderson, T. M'Call, Some observations on the tuberculin treatment. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 321. May.

Apert, E., Hypertrophie des parotides chez un saturnin; recherche chimique du plomb négative; examen histologique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 395. Avril.

Austin, A. E., The non-retarding action of combined hydrochloric acid on starch digestion. Boston med. and surg. Journ. CXL. 26. p. 630. June.

Barozzi, J., Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections d'hétol. Presse méd. VII. 37.

Baum, William J., Protargol in gonorrhoea. Medicine V. 7. p. 555. July.

Benedicenti, A., Sur l'action physiologique et sur le mode de se comporter dans l'organisme des éthers β-chétoniques. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 91.

Berg, Georg, Erfahrungen über Protargol in d. Gonorrhöe-Therapie. Therap. Monatsh. XIII. 4. p. 259.

Bertelsmann, Ueber Versuche mit Neu-Tuberkulin. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. II. 2. p. 80.

Bettmann, Ueber Zuckerausscheidung nach Copaivagebrauch. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 22.

Blondel, R., Emploi de l'ipeca dans la constipation habituelle chez les femmes. Bull. de Thér. CXXXVII. 19. p. 723. Mai 23.

Bodoni, Pietro, Dell'azione sedativa del bleu di metilene in varie forme di psicosi. Clin. med. ital. XXXVIII. 4. p. 217. Aprile.

Boisson, Sur les injections hypodermiques de chlorhydrate neutre de quinine. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 6. p. 411. Juin.

Bosse, Heinrich, Ueber d. therapeut. Wirksamkeit d. Digitalisdialysats. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 27.

Boulengier, Le traitement créosoté de la tuberculose. Presse méd. belge LI. 27.

Broadbent, Walter, Arterial tension under anaesthetics. Brit. med. Journ. July 8. p. 84.

Brodtbeck, A., Suggerirte Narkosen vermittelst Aethylchlorid f. zahnärztl. Praxis. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 7. p. 331.

Bufalini, G., Le peronina, nuovo anestetico locale. Settimana med. LIII. 27.

Camac, Resistance to quinine of certain forms of malaria. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 97. p. 69. April.

Carducci, Agostino, Sul valore diagnostico della tubercolina di Koch. Suppl. al Policlin. V. 34. p. 1057.

Carra, V., L'antimonio nella cura della blefarite cigliare. Suppl. al Policlin. V. 36. p. 1121.

Ceconi, Angelo, Tolleranza ed intolleranza a proposito del creosoto e rimedi omologhi. Clin. med. ital. XXXVIII. 4. p. 235. Aprile.

Chirone, V., Sulla ferratina. Gazz. degli Osped. XX. 88.

Chittenden, Arthur Smith, On the solution of mercury in the body. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 92. May.

Cole, Carter S., The use of oxygen with ether for anaesthesia. Post-Graduate XIV. 6. p. 465. June.

Comby, J., Le phosphore et ses composés chez l'enfant. Belg. méd. VI. 19. p. 577.

Czyhlarz, Ernst von, u. Julius Donath, Ueber d. Ausscheidung von Methylenblau durch normale u. patholog. Nieren. Wien. klin. Wchnschr. XII. 24.

Dauber, J. H., Maté or Paraguay tea. Lancet May 20. p. 1392.

De Buck, D., Revue de quelques médicaments nouveaux. Belg. méd. VI. 21. 22. p. 653. 689.

Dobrowolsky, W., Das Verschwinden d. Accommodationskrampfes in Folge von Eserinanwendung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 216. Juni.

Dreser, H., Pharmakolog. über Aspirin (Acetylsalicylsäure). Arch. f. Physiol. LXXVI. 5 u. 6. p. 306.

Du Castel, Lupus tuberculeux amélioré par les injections de calomel. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 6. p. 527.

Ehrmann, S., Das Urotropin in d. Behandlung bakterieller Erkrankungen der Harnwege. Wien. med. Presse XL. 25.

Engelmann, Fritz, Ueber d. Verwendung d. Protargols an Stelle d. Arg. nitr. b. d. *Credé*'schen Einträufelung. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 30.

Escherich, Th., Der Borsäureschnuller, eine neue Behandlungsmethode d. Soor. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 298.

Eschle, Ueber d. Wirkungsweise d. Guajakolcarbonats gegen d. tuberkulöse Infektion. Ther. Monatsh. XIII. 7. p. 368.

Fisher, Myron E., Ichthyol for pruritus. New York med. Record LV. 16. p. 582. April.

Fitz, G. W., Chrysarobin a specific for warts. Boston med. and surg. Journ. CXL. 26. p. 633. June.

Fitzgerald, A. O., The treatment of malarial fevers by the inunction of creosote. Brit. med, Journ. July 15.

Flatow, Robert, Ueber Tanocol, ein neues Darmadstringens. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29. Beil.

Floret, Weiteres über Heroin. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 327.

Frickenhaus, Adalbert C., Lanolin, resp. Adeps lanae als aufsaugungbeförderndes Mittel bei Drüsen-Resorptionstumoren. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 11. p. 555.

Frickenhaus, Adalbert C., Der Resorcinalkohol in d. ambulator. Behandl., insbes. d. seborrhoischen Ekzems d. Gesichts. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 11. p. 556.

Fröhlich, Carl, Tannopin, ein neues Anästheticum. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 29.

Gautier, Armand, Emploi thérapeutique de l'acide cacodylique et de ses dérivés. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 23. p. 604. Juin 6.

Goldmann, Ueber d. Heroin. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 33.

Gordon, George G., The treatment of puerperal eclampsia with veratrum viride. Physic. and Surg. XXI. 5. p. 230. May.

Green, J. Lardner, Formalin in consumption. Brit. med. Journ. June 10. p. 1440.

Grimm, F., Ueber d. Verwendung von Acethal (Cetylalkohol) in d. Hautpflege. Dermatol. Ztschr. VI. 2. p. 158.

Grön, Kr., Merkurialterapien i syfilis. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 7. Forh. S. 74.

Gulewitsch, Wl., Ueber d. Arginin. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. 4 u. 5. p. 178. 368.

Hahn, Johannes, Formalin als Heilmittel chirurg. Tuberkulose. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 24.

Haig, Alexander, Treatment of scarlet fever with sodium salicylate. Brit. med. Journ. June 3. p. 1376.

Hallauer, Otto, Ueber d. Rothwerden d. Eserin. Ztschr. f. Ahkde. I. p. 1.

Hefelmann, Rudolf, Ueber d. Wirkung d. Odols im Munde. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 55. 56.

Heyerdahl, S. A., Om den elektriske litionbehandling. Tidsskr. f. d. norske lägefören. XIX. 10. 11.

Hirschberg, J., Zur Holocainfrage. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 181. Juni.

Hirth, Friedrich, Ein chines. Amenorrhoicum u. Dysmenorrhoicum: Extractum radicis Tang-kui. Münchener med. Wchnschr. XLVI. 23.

Hodara, Menahem, Ueber d. Verwendung d. Pasta Zinci sulfurata mit Zucker in der dermatol. Praxis u. über d. Behandl. d. Sycosis subnasalis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVII. 9. p. 449.

Homburger, Th., Ichthalbin in der Kinderheilkunde. Ther. Monatsh. XIII. 7. p. 361.

Jacobäus, H., Bemärkninger om Diuretinets Anwendelse ved Hjertesygdomme. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 22. 23. Vgl. a. 26. S. 653.

Johnston, Chas. A., Hypodermic injection of quinine in malaria. Brit. med. Journ. May 13. p. 1153.

Kionka, H., Ueber neuere Arzneiformen. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 6. p. 265.

Klingmüller, Victor, Jodipin in subcutaner Anwendung bei tertiärer Lues. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 25.

Klug, A., Der Werth d. Naftalin in d. Therapie. Wien. med. Presse XL. 18. 19.

Kramm, Ueber Phenocoll. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 57. 58.

Kromayer, Einige neue dermatolog. Heilmittel, Derivate d. Pyrogallols, Chrysarobins, Resorcins. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 264.

Laran, Du vanadium en thérapeutique. Presse méd. VII. 32. 58.

Laudenheimer, Ueb. Schlafmitteltherapie. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 6. p. 268.

Lectoure, P. L., L'ecthol. Gaz. des Hôp. 81.

Lewandowsky, M., Mittheilungen zur Athmungslehre. Versuche zur Kenntniss d. Diacetylmorphin (Heroin). Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 560.

Lewy, A., Ueber d. Heilung chron. Mittelohreiterungen u. d. Verschluss alter Trommelfellperforationen durch Behandl. mit Trichloressigsäure. Therap. Monatsh. XIII. 4. p. 251.

Lindemann, W., Ueber d. Wirkung d. Oleum Pulegii. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 5 u. 6. p. 356.

Löb, Walter, Ueber d. Verhalten d. Eudoxins. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 31.

Lyonnet; Martz et Martin, L'emploi thérapeutique des dérivés du vanadium. Presse méd. VII. 32.

Mc Ardle, Thomas E., Cod-liver-oil. Med. News LXXIV. 21. p. 645. May.

Mac Donald, Jan., Picric acid in superficial burns. Brit. med. Journ. May 13. p. 1152.

Mc Gee, J. B., Urotropin in cystitis. Bull. of the Clevel. gen. Hosp. I. 1. p. 25. Jan.

Macgregor, Alexander, Chinosol in phthisis. Lancet July 8.

Marcano, G., De l'action du formol sur les globules rouges du sang. Arch. de Méd. expérim. XI. 3. p. 434. Mai.

Marcuse, Paul, Ist Diphtherieserum ein Heilmittel? Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 383.

Marfori, Sulla ferratina. Gazz. degli Osped. XX. 73.

Meek, J. W., Morphine in uremia. Therap. Gaz. 3. S. XIV. 4. p. 223. April.

Meltzer, Dormiol, ein neues Schlafmittel. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 18. Beil.

Michailow, M. P., Das Methylenblau in therapeut. Beziehung. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 23.

Mosso, Ugolino, Sull'azione emetica e purgativa dell'aleurites cordela (wood-oil). Rif. med. XV. 139. 140. 141.

Mott, F. W., and W. D. Halliburton, On the physiological action of choline and neurine. Brit. med. Journ. May 6.

Mueller, Arthur, Versuche über d. Wirkungsweise d. Extraktes d. chines. Emmenagogum Tang-Kiu (Man-mu) oder Eumenol Merck. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 24.

Nagl, Joh., Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Chinin. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 27.

Naunyn, B., Zur Digitalistherapie in Herzkrankheiten. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 5. p. 193.

Neisser, Gonorrhöetherapie u. Protargol. Verh. d. deutschen dermatol. Ges. 6. Congr. p. 306.

Niebergall, Ueber Quecksilberkuren durch Einathmung. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 4. p. 220.

Nipperdey, H., Meine Erfahrungen mit Nirvanin. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 7. p. 313. Juli.

Ollwig, Ein Beitrag zur Behandl. d. Malaria mit Methylenblau. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 317.

Panichi, Rodolfo, Il protargol nella cura della blenorragia. Settimana med. LIII. 16.

Parry, G. Hearn, Guaicol vapour baths in the treatment of bronchiectasis. Lancet July 22.

Pellizzari, Celso, Il protargol nella cura della blenorragia. Settimana med. LIII. 17.

Plósz, Béla, Die Behandlung d. Muskelrheumatismus mit Atropin-Morphiumlösung. Ztschr. f. Thiermed. III. 3. p. 194.

Poole, T. Dobson, Treatment of scarlet fever with sodium salicylate. Brit. med. Journ. May 27. p. 1274.

Pouchet, G., Les nouveaux analgésiques. Progrès méd. 3. S. IX. 17.

v. Pradzynski, Zur Wirkung d. Stypticins. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 42. 43.

Praun, Eg., Ueber d. Anwendung d. Protargols in d. Augenheilkunde. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 129. 170. Mai, Juni.

Pusinelli, P., Le iniezioni sotto-congiuntivali ed intravenose di sublimato corrosivo nelle infezioni chirurgiche dell'occhio. Suppl. al Policlin. V. 26. p. 801.

Raimann, Emil, Ueber d. Wirkung u. Ausscheidung grosser Dosen Paraldehyd. Wien. klin. Rundschau 19—22.

Renaut, J., Sur les injections rectales de liqueur de Fowler diluée et de cacodylate de sodium. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 22. p. 545. Mai 30.

Rieck, Ueb. Geosot (Guajacol. valerian. Dr. *Wendt*). Deutsche Med.-Ztg. 91. 92. 1898.

Robin, Albert, et Maurice Binet, Action de l'arsénite de soude et de l'arsénite de potasse sur le chimisme respiratoire. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 24. p. 634. Juin 13.

Rohleder, H., Die Anwendung d. Naphthalan in d. allgem. ärztl. Praxis. Therap. Monatsh. XIII. 7. p. 378.

Rosenheim, Ueber Tanocol. Nebst Bemerkungen über Behandl. gewisser Formen von Dünndarmkatarrh. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 22.

Rosenthal, Max, Ueber Sudol. Deutsche Aerzte-ztg. 4. p. 77.

Rosin, H., Erfahrungen mit Heroin. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 6. p. 248.

Ruhemann, J., Die therapeut. Verwerthung des Jodeiweisses (Alpha-Eigon). Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. Beil.

Rusby, Henry H., Complicative action of the green and brown strophanthus seeds. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 1. p. 64. July.

Ruyssen, Comment on doit administrer l'huile de foie de morue. Echo méd. du Nord III. 27.

Salinger, Julius, On the use of the tincture of cantharides in chronic parenchymatous nephritis. Therap. Gaz. 3. S. XV. 5. p. 295. May.

Santesson, C. G., Om Rhus toxicodendron. Hygiea LXI. 4. 6. Sv. läkaresällsk. förh. s. 12. 36. 39.

Savoire, Camille, Essais thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire au moyen de doses élevées de créosote. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 25. p. 691. Juin 20.

Schlossmann, Arthur, Ueber d. therapeut. Verwendung colloidaler Metalle. Therap. Monatsh. XIII. 4. p. 278.

Schücking, Ueber d. Transfusion mit Natrium-Saccharatlösungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19.

Schuster, L., Die Wandlungen d. Einreibungskur. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 5. p. 222.

Sebring, William C., Salicylic acid in the treatment of pneumonia. New York med. Record LV. 16. p. 558. April.

Siegert, F., Ueber d. Leistungen d. Orexinum tannicum b. d. Bekämpfung d. Anorexie im Kindesalter. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 20.

Smith, Eugene, Mercurol, a new germicide. Physic. and Surg. XXI. 4. p. 178. April.

Somogyi, L., Ueber d. Largin in d. Therapie d. Gonorrhöe. Ungar. med. Presse IV. 21. 22.

Spencer, George W., Dangers of hydrogen dioxide in surgery. Therap. Gaz. 3. S. XV. 7. p. 438. July.

Stockman, The action of arsenic on the bone-marrow and blood. Glasgow med. Journ. LI. 5. p. 373. May.

Strassmann, Fritz, Ueber d. Durchgang d. Sublimats durch d. Placentarkreislauf. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 95.

Suchannek, Erfahrungen mit Vasogenpräparaten. Ther. Monatsh. XIII. 7. p. 377.

Thompson, H. W., Effects of sodium chloride on the secretion of urine. Dubl. Journ. CVII. p. 384. May.

Thompson, W. H., Anaesthetics and urinary secretion. Dubl. Journ. CVII. p. 388. May.

Topal, Francesco, Trattamento della tubercolosi chirurgica collo iodo allo stato nascente. Suppl. al Policlin. V. 27. p. 833.

Tóth, J. Ueber Erfolge u. Erfahrungen in d. Behandl. d. eitrigen Mittelohrentzündungen u. chron. Trommelfellperforation mit Acidum trichloraceticum. Ungar. med. Presse IV. 23 u. 24.

Unna, P. G., Unguentum pomatinum aromaticum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 12. p. 633.

Vertun, M., Asterol als Antisepticum im Vergleich zum Sublimat. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 20.

Vinci, G., Sur l'eucaïne B (benzoïl-trans-vinil-diacétonalkamine). Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 32.

Visser, S., Chinine as voorbehoedmiddel tegen malaria. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 2. blz. 184.

Welander, Edvard, Einige Worte über d. Behandl. mit Quecksilbersäckchen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 1. p. 107.

Wendelstadt, H., Die Wirkung d. Weingeistes auf d. Athmung d. Menschen. Arch. f. Physiol. LXXVI. 5 u. 6. p. 223.

Werler, Oscar, Das lösl. metallische Quecksilber als Heilmittel. Dermatol. Ztschr. VI. 3. p. 303.

Wertheimber, Die Ichthyoltherapie d. Tuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24.

Wiesner, J., Ueber Aethylchloridnarkose. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 28.

Willms, Ueber Naftalan. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 57.

Windscheid, Franz, Experimentelles u. Klinisches über Scopolamin (Hyoscin). Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. 3. p. 277.

Witthauer, Kurt, Aspirin, ein neues Salicylsäurepräparat. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 330.

Wohlgemuth, Julius, Ueber Aspirin (Acetylsalicylsäure). Therap. Monatsh. XIII. 4. p. 276.

Wood, Horatio C., and Horatio C. Wood jr., Should the United States pharmacopoeia recognize veratrum album and viride as one drug? Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 5. p. 562. May.

Yonge, Eugene S., Orthoform. Brit. med. Journ. July 1. p. 57.

Young, W., Hyperdermic injection of quinine in malaria. Brit. med. Journ. July 8. p. 85.

S. a. I. Schumacher. III. Bier, Heitler, Noskowski. IV. 2. Kappesser; 3. Dürig, Stoker; 8. Bradbury; 9. Sympson; 10. *Arzneiexantheme;* 11. Kaufmann. V. 1. Fielden; 2. a. Legrand, Menière; 2. d. Porter, Potel. VI. Carrière, Mathés, Schmid. VII. Bossi. X. Wingenroth. XI. Wassmund. XII. Hirschbruch. XIII. 3. Pennefather. XIV. 1. Bain. XV. Bourges. XX. Schloth.

3) *Toxikologie.*

Aldersmith, H., Poisoning by the application of belladonna plaster. Brit. med. Journ. May 27. p. 1274.

Aldridge, A. R., Obscure cases of ptomaine poisoning. Lancet June 24.

d'Aulnay, Richard, Intoxication par la migrainine. Bull. de Thér. CXXXVII. 22. p. 857. Juin 15.

Babel, Alexis, Toxicologie comparée des amines aromatiques. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. 6. p. 329. 389. Mai, Juin.

Bacaloglu, C., Intoxication suraiguë par le sublimé. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 227. Mars.

Barnes, Walter S., Poisoning by the tincture of nux vomica; death in 2 hours. Brit. med. Journ. July 1. p. 10.

Barton, E. A., On the effects of primula obconica on the skin. Lancet June 24. p. 1717.

Baum, Fritz, Zur Theorie der Alkoholnarkose. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 119.

Bechterew, W. von, Ueber die Bedeutung der gleichzeit. Anwendung hypnot. Suggestionen u. anderer Mittel b. d. Behandlung d. chron. Alkoholismus. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 193. April.

Benedicenti, A., Recherches pharmacologiques sur quelques poisons employés par les négritos de l'Archipel Malais. Arch. ital. de Biol. XXXI. 1. p. 81.

Besredka, Du rôle des leucocytes dans l'immunisation contre l'acide arsénieux soluble. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 6. p. 465. Juin.

Blakeney, Henry, Antipyrin poisoning. Brit. med. Journ. July 8. p. 85.

Bloch, Ein Fall von Vergiftung mit Natrium nitrosum. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 20.

Bohlen, F., Ein Fall von akuter Lysolvergiftung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Boyer, J., Sextuple empoisonnement par la viande de veau. Lyon méd. XCI. p. 35. Mai.

Bruno, James, Ueber d. Injektion von Giften in's Gehirn. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 23.

Combemale, Asphyxie locale des extrémités transitoire due à la coféine. Echo méd. du Nord III. 30.

Courtois-Suffit, Le phosphorisme professionnel. Presse méd. VII. 35.

Dick, William, Failure of respiration during administration of chloroform. Brit. med. Journ. July 8. p. 85.

Dreser, H., Bemerkungen zu d. Aufsatze Prof. *Harnack's:* über d. Giftigkeit d. Heroins. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 30.

Drury, Henry C., Morphiomania. Dubl. Journ. CVII. p. 321. May.

Ducceschi, V., Sur le coeur lentement empoisonné avec du phosphore. Arch. ital. de Biol. XXXI. 2. p. 232.

Eberson, J. H., Een geval van chronische arsenikvergiftiging bij een hystericus. Nederl. Weekbl. I. 23.

Friend, Herbert E., A case of poisoning by coal gas; recovery. Brit. med. Journ. May 13. p. 1153.

Georgiewsky, C., Ueber d. fibrinöse Entzündung der serösen Häute, hervorgerufen durch Jodpräparate. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 447.

Glücksmann, Sigismund, Fleischvergiftung, verursacht durch Bacillus proteus vulgaris. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20.

Gros, Jean, Beiträge zu d. Wirkungen d. Jodoforms. Zürich. E. Speidel. 8. 30 S. 50 Pf.

Gunter, Frank E., Threatened death under chloroform. Brit. med. Journ. June 10. p. 1396.

Gyula, Julius Kramolin, Zur Frage d. Naphthalanvergiftung. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 350.

Harnack, Erich, Ueber d. Giftigkeit d. Heroins (Diacetylmorphins). Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 27.

Herman, L'intoxication carnée de Sirault. Arch. de Méd. expérim. XI. 4. p. 445. Juillet.

Johannessen, Axel, Om ludforgiftning hos börn. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 7. S. 851.

Ipsen, Carl, Ueber eine Methode zum chem. Nachweis von Kohlenoxydblut. Vjhrschr. f. gericht. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 46.

Kirk, Robert, On the effects of primula obconica on the skin. Lancet June 17.

Lanz, Alfred, Le traitement de la stomatite mercurielle. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 4. p. 331.

Levin, Ernst, Weitere Mittheilungen über d. Betheiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 2. p. 60.

Lewin, L., Ist d. Sauerampfer ein Gift? Ein Beitrag zur Diagnose von Vergiftungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Lyon, Gaston, L'iodisme. Gaz. des Hôp. 77.

Mangold, Gustav Adolf, Ein Fall von Strychninvergiftung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Menzel, M., Ueber Argyrose. Wien. klin. Wochenschr. XII. 20.

Meyer, Hans, Zur Theorie der Alkoholnarkose. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 109.

Mori, Antonio, Avvelenamento acuto da mercurio. Gazz. degli Osped. XX. 85.

Müller, Franz, Beiträge zur Toxikologie des Ricins. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 302.

Nankivell, J. H., Poisoning by gelsemium. Lancet June 17. p. 1663.

Neumann, Ueber eine eigenthüml. Form von Jodexanthem an d. Haut u. an d. Schleimhaut d. Magens. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 3. p. 323.

Pennefather, R. D., Strychnine in opium poisoning. Brit. med. Journ. June 24. p. 1534.

Perrin et Roussel, Quelques cas d'intoxication alimentaire. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 6. p. 401. Juin.

Raphaël, Felix, Glykosurie b. Atropinvergiftung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 28.

Reille, L'acoolisme et son remède. Ann. d'Hyg. 3. S. XLI. 6. p. 547. Juin.

Roger, H., Action du poumon sur quelques substances toxiques. Presse méd. VII. 45.

Rost, Zur Theorie d. Alkoholnarkose. Fortschr. d. Med. XVII. 23. p. 541.

Schaefer, Kohlenoxydgasvergiftung durch einen Gasbadeofen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 123.

Spurr, Frederick, A fatal case of benzine poisoning. Lancet June 3.

Struble, William Mc D., 8 cases of toadstool poisoning. Med. News LXXIV. 21. p. 655. May.

Toulouse, Ed., Délire alcoolique d'origine thérapeutique, survenu après une opération abdominale. Gaz. des Hôp. 69.

Wachholtz, F., Ueber d. Schicksal d. Kohlenoxyds im Thierkörper. Arch. f. Physiol. LXXV. 6 u. 7. p. 338.

Walko, Karl, Ein Beitrag zur Filixvergiftung. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 3 u. 4. p. 349.

Whiteford, C. Hamilton, The amount of an anaesthetic in cases of death during administration of chloroform. Lancet July 1. p. 53.

Winslow, Kenelm, Poisoning during chloroform anesthesia in presence of a naked flame. Boston med. and surg. Journ. CXL. 19. p. 443. May.

S. a. III. Behring, Bonhoeffer, Chittenden, Stadler, Stubenrauch. IV. 5. Haig; 6. Eichhorst; 8. Jaunin, Lereboullet, Pfaff; 9. De Bruin. V. 1. Ross. VII. Labadie. X. Gallo, Holden. XIII. 2. Apert. XIV. 4. Sollier. XV. Sachs. XVI. Lewin. XVIII. Falck.

XIV. Allgemeine Therapie.

1) *Bäder und Kurorte; Klimatologie.*

Altdorfer, Zur Frage balneotherapeut. Wirkungen. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 326.

Bad Reinerz, klimat. waldreicher Höhen-Kurort. Reinerz. Druck von Rich. Pohl. 16. 42 S. mit Bildern u. 1 Karte.

Bain, William, The solvent action of certain

british and foreign mineral waters on the biurate of sodium. Brit. med. Journ. June 10.

Brouardel et Grancher, Les sanatoriums et leurs variétés nécessaires. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 1. p. 5. Juillet.

Davidsohn, Ueber Fangobehandlung. Therap. Monatsh. XIII. 6. p. 319.

Felkl, Gustav, Die Sommerfrischen im deutschen Ostböhmen. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 27.

Ferrand, A propos des sanatoriums. Bull. de Thér. CXXXVII. 21. p. 801. Juin 8.

Grünfeld, Josef, Bad Ilidže in Bosnien. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 29.

Hanriot, Sur une demande d'autorisation pour une source d'eau minérale. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 23. 26. p. 601. 711. Juin 6. 27.

Hoffa, A., Soolbad Sodenthal b. Aschaffenburg. Therap. Monatsh. XIII. 7. p. 366.

Jacoangeli, F., u. A. Bonamie, Der Einfl. d. alkal. Säuerlinge (Acqua Santa von Roma) auf d. Stoffwechsel. Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 417.

Kumpf, F. Hans, Ueber d. physiolog. u. therapeut. Wirkungen d. sogen. indifferenten Thermen. Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. 8. 31 S.

Kuthy, D., Zur Didaktik der Hydrotherapie u. Klimatologie in Ungarn. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 17. 18. 20.

Kysthospitalet paa Refsnäs. 23. Aarsberetning for Aaret 1898 [Fölgebl. til Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 25]. Kjöbenhavn. Bianco Luno's bogtr. (F. Dreyer). 8. 27 S.

Latkowski, Josef, Ueber d. Einfluss d. Marienbader Wassers auf d. motor. u. sekretor. Thätigkeit d. Magens. Wien. klin. Wchnschr. XII. 26.

Lépine, R., Les grandes altitudes ont-elles quelque utilité thérapeutique. Semaine méd. XIX. 21.

Ludwig, E.; K. Hödlmoser u. Th. Panzer, Ueber d. Franzensbader Mineralmoor. Wien. klin. Wochenschr. XII. 17.

Ludwig, E., u. Th. Panzer, Ueber d. Schwefeltherme von Deutsch-Altenburg. Wien. klin. Wchnschr. XII. 26.

Mory, E., Die Fango-Therapie. Schweiz. Corr.-Bl. XIX. 12.

Obkircher, Aus d. Jahresber. d. Grossherzogl. Badearztes in Baden-Baden f. d. J. 1898. Bad. ärztl. Mitth. LIII. 9.

Robin, Albert, Sur des demandes en autorisation d'eaux minérales. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 17. p. 462. Avril 25.

Rohden, Die Wirkungen d. Lippspringer Arminiusquelle auf Hauterkrankungen (spec. Lupus exulcerans). Dermatol. Ztschr. VI. 3. p. 294.

Schmidt, Hermann, Zur Lehre von d. physiolog. Wirkung d. Eisenmoors. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 294.

Stephani, Th., La station climatérique de Montana. Observations météorologiques de 1898. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 340. Mai.

Stifler, Ueber physiolog. Bäderwirkung. III. Berlin. Eugen Grosser. 8. 16 S. mit Curven.

Ullmann, Carl, Ueber Infektionsgefahren in d. Kurorten u. Schutzmaassregeln gegen dieselben. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 29. 30.

Versammlung d. Balneologen Oesterreichs in Wien. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 4. — Wien. med. Presse XL. 19.

Voigt, W., Die Kurmittel d. Bades Oeynhausen, ihre Anwendungsweisen u. ihr Nutzen in d. verschied. mit ihnen behandelten Krankheiten. 2. Aufl. Oeynhausen. G. Ibershoff's Verl. 8. 227 S.

Weber, Hermann, A survey of the climatic health resorts of the United Kingdom compared with those of the continent. Lancet May 20.

S. a. IV. 2. Anderson, Bowditch, Deneke, Douty, Hueppe, Sommerfeld, Staub, Stein, Vidal. VI. Robin. XX. Kraus.

2) *Hydrotherapie, Massage, diätet. Kuren.*

Baart de la Faille, J. M., Inrichtingen voor mechano-therapie in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 130.

Burg, C. L. van der, Inrichtingen voor hydrotherapie in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 27.

Burg, C. L. van der, Inrichtingen volgens Kneipp. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 40.

Dolega, Die physiolog. Grundlagen d. Massage u. Mechanotherapie mit Hinblick auf ihre therapeut. Verwendung in d. internen Medicin. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 288.

Edgecombe, Wilfrid, and William Bain, The effect of baths, massage and exercise on the blood pressure. Lancet June 10.

Fleuroff, C., Quelques observations sur les modifications du sang pendant le traitement par le koumyss. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 4. p. 429.

Herz, M., u. A. Bum, Das neue System d. maschinellen Heilgymnastik [Wien. Klin. XXV. 4 u. 5. April—Mai]. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 109—174 mit 45 Holzschn. 1 Mk. 50 Pf.

Komiyama, Gonroku, Ueber d. Einfl. heisser Bäder auf d. Blutdruck. Ann. d. Krankenh. zu München p. 50.

Lapinsky, M., et N. Svenson, Contribution à l'étude de l'influence des bains froids sur la quantité des globules blancs dans le sang de l'homme malade et bien portant. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 4. p. 432.

Laquer, Benno, Ueber d. Wirkungen u. d. Indikationen d. Traubenkur. Ztschr. f. diätet. u. physik. Ther. III. 1.

Silberstein, Leo., Ein hydrotherapeut. Brustumschlag. Aerztl. Polytechn. 4.

Spitta, Oskar, Ueber d. Grösse d. Hautausscheidungen u. d. Hautquellung im warmen Bade. Arch. f. Hyg. XXXVI. 1. p. 45.

Strasser, Alois, Die Wirkung d. Hydrotherapie auf Kreislauf u. Blut. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 17. 18. 21. 22. — Bl. f. klin. Hydrother. IX. 4. 5.

Sümegi, J., Mechano-therapeut. Publikationen mit besond. Rücksicht auf d. *Zander*'sche Heilgymnastik. Ungar. med. Presse IV. 17—20.

Winternitz, H., Ueber d. Einfluss heisser Bäder auf d. respirator. Stoffwechsel d. Menschen. Klin. Jahrb. VII. 3. p. 299.

S. a. IV. 2. Cominotti, Schütze; 4. Futcher, Wohriczek; 7. Přibram; 8. Frenkel, Gräupner, Hance; 9. Graham; 10. Gommaerts. V. 2. c. Adenot. VI. Beuttner, Engelmann, Platon. IX. Letulle. XIV. 1. Kuthy; 4. Eulenburg.

3) *Elektrotherapie.*

Büdingen, Theodor, Ueber katalyt. Wirkungen d. galvan. Stroms b. Cirkulationssperre. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26.

Cowl, W., Versuche über schwach-polarisirbare Metallelektroden. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 326.

Frankenhäuser, Ueber katalyt. Wirkungen d. galvan. Stroms b. Cirkulationssperre. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Hoorweg, J. L., Ueber d. Messung u. d. physiolog. Wirkung d. farad. Stromes. Ztschr. f. Elektrother. I. 3. p. 97.

Hoorweg, J. L., Ueber d. galvan. Reiz. Ztschr. f. Elektrother. I. 3. p. 102.

Kellogg, J. H., Das elektr. Luftbad. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 6.

Thiele, Hermann, u. Kurt Wolf, Ueber die

Einwirkung d. elektr. Stromes auf Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 18 u. 19.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Ueber eine physiolog. Aichung d. Schlitteinduktorium. Ztschr. f. Elektrother. u. ärztl. Elektrotechn. I. 2. p. 54.

Zimmer, A., Le courant alternatif sinusoïdal, ses applications thérapeutiques et particulièrement en gynécologie. Presse méd. VII. 56.

S. a. I. Frankenhäuser, Hardy, Kohn. II. *Elektrophysiologie.* IV. 8. Veslin. XIII. 2. Heyerdahl. XIV. 4. Holländer.

4) *Verschiedenes.*

Arendrup, H., Beretning fra den mediko-pneumatiske Anstalt for Aaret 1896. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 25.

Arntzenius, A. K. W., De geschiedenis der pneumat. inrichtingen in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 86.

Baruch, Simon, The evolution of modern therapy. Therap. Gaz. 3. S. XV. 7. p. 448. July.

Bass, Alfred, Künstl. Ernährung durch subcutane Injektionen. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 12.

Below, E. u. Kattenbracker, Einige Beispiele von d. Anwendung u. Wirkung d. Lichttherapie b. verschied. Krankheiten. 8. 30 S.

Berall, W., Zur Wirkung der Röntgenstrahlen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 22.

Beuttner, Oskar, Eine neue Salbenspritze. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 19.

Biggs, Hermann M., The serum-treatment and its results. Med. News LXXV. 4. p. 97. July.

Boulengier, Les injections de sérum artificiel. Il y a des contre-indications. Presse méd. belge. LI. 24.

Crouzel, Ed., Antitoxique général. Gaz. des Hôp. 80.

Dickinson, W. Howship, The superficial treatment of deep diseases. Lancet July 8. p. 115.

Engel, C. S., Das Bluttrinken u. d. modernen Blutpräparate. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 46.

Eulenburg, A., Apparate f. Thermomassage u. lokale Hitzeapplikation. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29. Beil.

Ewald, C. A., Ueber Ernährungsklysmata. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] Suppl. I. p. 160.

Freund, Leopold, Ueber Radiotherapie. Wien. med. Presse XL. 31.

Frey, A., Eine Heissluftdusche. Aerztl. Polytechn. 7.

Georgii, Ueber Infusion u. ihre Verwerthung in d. ärztl. Praxis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 28. 29.

Gomperz, Eine zur Anwend. zerstäubter Flüssigkeit dienende Spritze. Aerztl. Polytechn. 5.

Grünbaum, O. F. F., A note on the effect of the administration of suprarenal gland by the mouth in health and disease. Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. XXIV.

Häberlin, Erfahrungen mit d. Antistreptokokkenserum *Marmorek.* Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 13. p. 401.

Heinsheimer, Friedrich, Die entfettende Wirkung d. Schilddrüse. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 12. p. 402.

Hofmann, F. A., Die therapeut. Bedeutung des Vegetarianismus. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 289.

Holländer, E., Der elektr. Mikroheissluftkauter. Dermatol. Ztschr. VI. 2. p. 204.

Jaquet, A., Ueber Schilddrüse u. Schilddrüsenpräparate. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 9.

Klein, Theodor, Zur Applikation von heisser Luft. Aerztl. Polytechn. 4.

Kolle, W., Beiträge zur Serotherapie. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 24.

Krause, F., Erfahrungen über d. therapeut. Verwendung überhitzter Luft. Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 348.

Krause, F., Zur örtl. Anwendung überhitzter Luft. Aerztl. Polytechn. 6.

Langenmantel, Carl, Versuche über d. therapeutische Verwendbarkeit der Röntgenstrahlen. Ann. d. Krankenh. zu München p. 32.

Lenhartz, Hermann, Ueber d. therapeutischen Werth d. Salzwasser-Infusionen b. akuten Krankheiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 189.

Lereboullet, Sérothérapie reconstituante par le sérum du lait. Bull. de l'Acad. 3. S. XLIII. 28. p. 96. Juillet 11.

Levison, F., Om Varmluftsbehandlung. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 21. S. 532.

Lewandowsky, M., Ueber d. Wirkung d. Nebennierenextraktes auf d. glatten Muskeln, insbes. d. Auges. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 360.

Lexer, E., u. Fritz König, Therapeutisches vom Chirurgencongress. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 5. p. 216.

Lexikon, therapeutisches, herausgeg. von *Anton Bum.* 3. Aufl. 1.—6. Lief. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 576 Sp. mit Holzschn. Je 1 Mk. 20 Pf.

Lüthje, H., Ueber d. subcutane Ernährung. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 5. p. 220.

Mahler, Julius, Therapeut. Lexikon. Leipzig. Ambros. Barth. Kl. 8. 438 S. 5 Mk.

Mendelsohn, Martin, Ueber d. therapeut. Beeinflussung der Expektoration durch die Heilmittel der Hypurgie. [Berl. Klin. Heft 133.] Berlin. Fischer's med. Buchh. (H. Kornfeld). 8. 19 S. 60 Pf.

von Oefele, Hypurgie d. Krankenernährung durch Einwirkung auf d. Geschmack. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 4. p. 104.

Organotherapie s. II. *Guinard, Loewy.* III. *Reichel.* IV. 8. *Pfeiffer;* 9. *Foster, Schiödte, Sympson.* V. 1. *Lambret, Peters;* 2. c. *Boyd, Herman.* VI. *Dorland, Mc Lean.* X. *Lewis.* XI. *Eitelberg.* XIV. 4. *Engel, Grünbaum, Heinsheimer, Jaquet, Lewandowsky, Rosenstein, Schäfer.*

Podwyssotzki, W. W., Zur Frage d. Einführung d. Physiotherapie (nebst Balneologie u. Klimatologie) in d. med. Unterricht. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 18. Beil.

Poehl, Alexander, Die physiol.-chem. Grundlagen d. Spermintherapie nebst klin. Material zur therapeut. Verwend. d. Sperminum *Poehl.* Bl. f. Hydrother. IX. 5.

Pollatschek, Arnold, Die therapeut. Leistungen d. Jahres 1898. X. Jahrg. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. XXXIII u. 352 S. 7 Mk.

Robertson, Alex., The superficial treatment of deep diseases. Lancet July 1. p. 51.

Rohleder, Hermann, Die Stellung d. Krankenpflege zur Masturbation. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 8. p. 204.

Rosemann, Rudolf, Ueber die Bedeutung des Alkohols f. d. Ernährungstherapie. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 19.

Rosenfeld, Georg, Zu d. Grundlagen d. Entfettungskuren. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 30.

Rosenstein, W., Das Bluttrinken u. d. modernen Blutpräparate. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17.

Rost, Ueber Verwendung ausschliessl. Rectalernährung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 30.

Roth, Maximilian, Erfahrungen mit d. Kellog'schen Lichtbade. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 19. 20.

Roux, Ch., Des lavements alimentaires. Gaz. des Hôp. 59.

Schäfer, E. A., and Swale Vincent, On the action of extract of pituitary injected intravenously. Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. XIX.

Schwarz, L., Therapeut. vom Congress f. innere Medicin. Ther. d. Gegenwart N. F. I. 5. p. 211.

Serumtherapie s. II. *Friedenthal.* III. *Bail, Bristow, Carrière, Emmerich, Haffkine, Heymans, Land-*

steiner. IV. 2. *Arneill, Bitter, Bruce, Chosky, Clemow, Collier, Combemale, Cominotti, Eastes, Fitzpatrik, Gagnoni, Gibb, Gimlette, Haberling, Herman, Holsti, Kasel, Krokiewicz, Lawrence, Lindsay, Maffucci, Maragliano, Murrell, Northrup, Taylor, Wace, Wenner, Wright, Zupnik;* 4. *Rogers;* 10. *Soonetz;* 11. *Augagneur, Brieger.* V. 1. *Patel.* VII. *Leyden.* XIII. 2. *Marcuse.* XIV. 4. *Biggs, Boulengier, Couzel, Häberlin, Kolle, Lereboullet, Sicard.*

Sicard, A., Des injections sous-arachnoïdiennes. Presse méd. VII. 39.

Sollier, De l'effet curatif de la démorphinisation sur des affections autres que la morphinomanie. Arch. gén. N. S. I. 6. p. 662. Juin.

Straaten, Theodor van, Zur Kritik d. hypnot. Technik. Ztschr. f. Hypnot. IX. 3. p. 129.

Taylor, J. Madison, Hypnotic suggestion as a practical aid to medicine. Univers. med. Mag. XI. 8. p. 433. May.

Vermersch, A., Accidents généraux réflexes consécutifs à un lavement fortement salé. Echo méd. du Nord III. 25.

Winkler, Ferdinand, Neue Heilmittel u. Heilverfahren 1893—1898. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 374 Sp.

Ziarko, J., Ueber den Einfluss von ernährenden Klystiren auf d. Ausscheidung d. Magensaftes. Wien. klin. Wchnschr. XII. 18.

Ziffer, Emil, Aphorismen zu d. Indikationen d. Inhalationskuren. Wien. med. Presse XL. 20. 21. 23.

S. a. III. Wechsberg. IV. 2. Caillard; 8. Grohmann, Hilger, Scheiber, Withers; 9. Ansteensen, Christiansen. VI. Gerich. VII. Eberhardt, Jardine, Ostermeyer. IX. v. Schrenck. X. Pergens. XI. Bruck, Liebig. XIII. 3. Bechterew. XIX. Braatz, Dickinson.

XV. Hygieine. Sanitätspolizei. Gewerbekrankheiten.

Abel, Rudolf, Ueber Kochapparate f. bedingt gesundheitsschädl. Fleisch u. Versuche mit d. *Hartmann*'schen Fleischsterilisator. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3. p. 375.

Abel, Rudolf, Ueber d. Stand d. Schutzpockenimpfung in England. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 3. p. 507.

Abra, Francesco; Edmondo Orlandi, u. Alipio Rondelli, Ueber d. Filtrationskraft d. Bodens u. d. Fortschwemmung von Bakterien durch d. Grundwasser. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 1. p. 66.

Alkohol s. III. *Bonhoeffer.* IV. 8. *Bratz, Jacoby, Larkin.* XIII. 2. *Wendelstadt;* 3. *Baum, Bechterew, Meyer, Reille, Rost, Toulouse.* XIV. 4. *Rosemann.* XV. *Chatelin, Hanedoes, Macfie, Neumann, Ruysch, Schlub, Schober, Zerbes.* XVII. *Viry.* XIX. *Smith.*

Aron, E., Glas f. eisgekühlte Getränke. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. — Aerztl. Polytechn. 4.

Bandler, Victor, Neuere Arbeiten über Prostitution u. Prostitutionswesen. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 20. 21.

Barnouw, P. J., Baden en zwemmen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 54.

Baron, C., Ueber d. Schmutzgehalt d. Marktmilch. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 36.

Beretning om det animale vaccine-instituts virksomhed i 1898. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 11. S. 294.

Berry, Wm., The smoke nuisance. Lancet July 8. p. 117.

Biesenthal, Erfahrungen u. Beobachtungen über Sanose, ein Eiweisspräparat aus Casein u. Albumose. Therap. Monatsh. XIII. 4. p. 268.

Biringer, Ueber Ernährung von Säuglingen mit d. neuen Backhausmilch (Trypsinmilch). Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 4. p. 379.

Blumenfeld, Ein Mundreiniger. Aerztl. Polytechn. 6.

Bondesen, J., Aarsberetning fra den kgl. Vaccinations-Anstalt for Aaret 1898. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 19. 20.

Bourges, H., Purification des eaux potables par le paroxyde de chlore. Semaine méd. XIX. 31.

Bowker, C. S., Sewer ventilators. Lancet July 8. p. 116.

Brault, J. B., Hygiène de l'émigrant dans les colonies africaines. Ann. d'Hyg. XLI. 6. p. 536. Juin.

Calmette, A., Rapport sur la stérilisation industrielle des eaux potables par l'ozone. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 4. p. 344. Avril.

Castaing, Aération des habitations par les vitres parallèles à ouvertures contrariées. Ann. d'Hyg. 3. S. XLI. 6. p. 496. Juin.

Carstens, Ueber d. Vortheile u. Nachtheile d. Ernährung d. Säuglinge mit sterilisirter Milch. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 21.

Casteret, J., Etude sur les éruptions mal caractérisées de la vaccine, leur signification. Presse méd. VII. 50.

Cazeneuve, Sur le rétablissement des étangs dans les Dombes. Lyon méd. XCI. p. 194. Juin.

Chatelein, L'asile de Pontareux pour la guérison des buveurs. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 1. p. 64. Juillet—Août.

Daniels, C. E., Het drinkwater in Amsterdam. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 66.

Delore, X., Des étangs de la Dombes. Lyon méd. XCI. p. 251. Juin.

D'Espine u. Jeandin, Vaccine généralisée à forme éruptive. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 367. — Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 82.

Dhont, Abattoirs en vleeschkeuring. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 173.

Diatroptoff, P., Sur la nécessité de la surveillance sanitaire permanente du service des eaux. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 6. p. 621.

Dirksen, H., u. Oskar Spitta, Die Veränderungen d. Spreewassers auf seinem Laufe durch Berlin in bakteriol. u. chem. Hinsicht. Arch. f. Hyg. XXXV. 2. p. 83.

Edel, Alexander, Zur Schulhygieine nebst Bemerkungen zur Schulreform. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Ehlers, Keloid i 5 Vaccinationsar hos et Barn. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 25. S. 632.

Ehrmann, Oscar, Universalsterilisator mit besond. Vorrichtung f. Dampfsterilisation elast. Katheter. Aerztl. Polytechn. 4.

Fiaux, L., La prostitution en Suisse et particulièrement à Genève. Progrès méd. 3. S. IX. 21. 23. 25.

Flick, Carl, Raum-Desinfektionsversuche mit d. *Lingner*'schen Desinfektionsapparate. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 2 u. 3.

Fluteau, J. B., et G. Carlier, Les eaux de Versailles. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 1. p. 51.

Friedländer, Benedict, Einige Erwägungen über d. hyg. Bedeutung d. Lichtes. Naturwiss. Wchnschr. XIV. 9.

Gärtner, A., Der Entwurf eines Reichsgesetzes betr. d. Schlachtvieh- u. Fleischbeschau. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 18. 19.

Götze, Eugen, Doppelte Sandfiltration f. centrale Wasserversorgung. Arch. f. Hyg. XXV. 3 u. 4. p. 227.

Haden, Francis Seymour, On proper and improper burial, with an examination of the claims made for cremation. Brit. med. Journ. May 27. — Lancet May 27.

Halbertsma, H. P. N., Historische schets der drinkwaterleidingen in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 158.

Hanedoes van Almkerk, A. N. J., Iets over drankzucht naar aanleiding van de photographieën van Hoog-Hulem. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 177.

Hansen, Sören, Köbenhavns kommunale Vaccination 1874—1898. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 30.

Haslund, Alexander, Vaccina generalisata og dens Patogenese. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 19. 20. — Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 2. 3. p. 205. 371.

Hefelmann, Rudolf, Somatose-Tropon-Nährstoff Heyden. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 40.

Hervieux, Rapport sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 19. p. 485. Mai 9.

Hervieux, Vaccinoïde. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 25. p. 697. Juin 20.

Hesse, E., Ueber d. Beschaffenheit d. Luft im Wohnhause. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 27. 28.

Houg, Konrad, Boligens og luftens hygiene i Dönnes. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 13. 14. S. 430. 473.

Hueppe, Ferdinand, Zur Kenntniss der Abwässer von Zuckerfabriken. Arch. f. Hyg. XXXV. 1. p. 19.

Jaarsverslag (achtste) van het Parc vaccinogène en vierde jaarsverslag van het Instituut Pasteur te Weltevreden over 1898. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 2. blz. 197.

Jacoangeli, F., u. A. Bonami, Der Grad der Assimilirbarkeit d. Brods. Moleschott's Untersuch. XVI. 5 u. 6. p. 488.

Idsinga, J., Mededeelingen omtrent koepok-inenting in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 135.

Kapteyn, H. P., Een filter tot ontijzering van drinkwater. Nederl. Weekbl. II. 3.

Kaup, Igo, Die Verdaulichkeit u. Ausnützbarkeit d. Tropons. Wien. klin. Wchnschr. XII. 19.

Kerner, Georg, Meine Erfahrungen u. Resultate mit d. Sterilisirungsverfahren d. Firma *J. Weck*, Oeflingen (Baden). Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 26. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 18. Beil.

Kirkpatrik, T. Percy, On room desinfection, with special reference to formalin vapour as a disinfectant. Dubl. Journ. CVII. p. 414. June.

Kisskalt, Karl, Beiträge zur Kenntniss d. Rothwerdens d. Fleisches b. Kochen, nebst einigen Versuchen über d. Wirkung d. schwefl. Säure auf d. Fleischfarbe. Arch. f. Hyg. XXXV. 1. p. 11.

Klein, Alex., De woningdesinfectie med dampen van formaldehyde. Nederl. Weekbl. I. 18. 19. 20.

Koch, E., Ueber Mutase. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 23.

Koch, J. D. C., Karnemelkvoeding. Nederl. Weekbl. I. 24.

Kolisko, Alfred, Versuche mit *Backhaus*'scher Kindermilch. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 349.

Korn, Otto, Tuberkelbacillenbefunde in d. Marktbutter. Arch. f. Hyg. XXXVI. 1. p. 57.

Kuhn, F., Die Verwendung d. Glasbausteine (Falconnier) beim Bau von Operations- u. Arbeitsräumen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 30.

Kunz, Rudolf, Die chem. Zusammensetzung des Tropons u. einiger Tropon-Nährpräparate. Wien. klin. Wchnschr. XII. 19.

Labbé, Les savons au point de vue médical. Presse méd. VII. 50.

Landolt u. Rubner, Die Verwendung d. sogen. Präservesalzes zur Conservirung von Fleisch. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 107.

Ley, A., et F. Sano, De la pédologie. Journ. de Neurol. Avril 20.

Lichtenfeld, H., Ueber Abweichungen von der durchschnittl. Ernährung. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVIII. 5 u. 6. p. 171.

Littledale, H. E., Experiments on formalin vapour as a disinfectant. Dubl. Journ. CVII. p. 420. June.

Livi, Ridolfo, On vaccination and small-pox in the italian army. Brit. med. Journ. April 29.

Lofton, Lucien, Some clinical features about vaccination. New York med. Record LV. 21. p. 747. May.

Macfie, Charles, On the duty of the profession with regard to alcohol. Brit. med. Journ. July 22.

Mackenzie, W. Leslie, The hygienic of milks. Edinb. med. Journ. N. S. V. 6. p. 563. June.

Maillefert, Ernst, Ein Fall von Infektion d. Genitalien mit Vaccine. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18.

Matthan, Das Sportathmen, ein hygiein. Allheilmittel. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 7. p. 424.

Mazuschita, Teïsi, Ueber d. Bakterien in besprengtem u. nicht besprengtem Strassenstaub. Arch. f. Hyg. XXXV. 3 u. 4. p. 252.

Moissan, Henri, Les applications de l'aluminium. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 1. p. 20. Juillet.

Moritz u. Röpke, Ueber d. Gesundheitsverhältnisse d. Metallschleifer im Kreise Solingen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 231.

Nachtel, L'organisation du service d'hygiène publique de la ville de New York. Bull. de l'Acad. 3. S. XLI. 25. p. 682. Juin 20.

Neumann, O., Die Bedeutung d. Alkohols als Nahrungsmittel. Arch. f. Hyg. XXXVI. 1. p. 1. — Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 4. p. 52.

Park, William H., The use of formaldehyd gas as a disinfectant for dwellings, vehicles and householt goods. Med. News LXXIV. 19. p. 579. May.

Parry, L. A., The claims of cremation. Lancet June 17. p. 1661.

Praussnitz, W., Ueber ein neues Eiweisspräparat (*Siebold's* Milcheiweiss). Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 26.

Reder, Francis, The scientific and practical medical aspects of public-school inspection. New York med. Record LV. 19. p. 673. May.

Reiger, L. Th., Een en ander over de keuring van voedingsmiddelen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 145.

Ritter, Julius, Der Zopf in unserem öffentl. Desinfektionsverfahren. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 262.

Ruata, Charles, Vaccination in the italian army. Brit. med. Journ. May 27. p. 1309.

Ruysch, W. P., Nijverheidshygiëne. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 168.

Sachs, Willy, Unter welchen Verhältnissen tritt Kohlenoxyd in d. Luft bewohnter Räume ein u. durch welche Maassregeln wird diese Gefahr beseitigt? Deutsche Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 3. p. 480.

Saltet, R. H., Ontsmetting in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 83.

Schanz, A., Zur Corsettfrage. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29.

Schlossmann, Sterilisirte Milch mit Verschluss nach *Hempel-Hesse*. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 245.

Schlub, H. O., Die Trunksucht in d. Schweiz. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 10.

Schmeichler, Ludwig, Schulhygieine u. Schularzt. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 22. 23. 24.

Schmid-Monnard, Ueber d. Nahrungsmengen normaler Flaschenkinder. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 86.

Schneider, Johann, Ueber Wohnungsdesinfektion mit Gasen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 24. 25.

Schober, Der internationale Congress gegen den Alkoholismus in Paris. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 20.

Schrank, Jos., Die Regelung d. Prostitution in Madrid. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 3. p. 521.

Schwab, M., Untersuchungen über d. Beschaffen-

heit der in deutschen Städten fabrikmässig hergestellten Säuglingsmilch. Nebst Berichtigung von *J. Munk*. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 23. 24.

von Starck, Ueber d. Vortheile u. Nachtheile d. Ernährung d. Säuglinge mit sterilisirter Milch. Verh. d. Ges. f. Kinderhkde. p. 48.

Steinthal, S., Zur Hypurgie d. Defäkation. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 4. p. 95.

Tebb, W. Scott, A century of vaccination and what it teaches. 2. Ed. London. Swan Sonnenschein and Co. 8. 452 pp.

Tellegen, J. W. C., Arbeiderswoningen en woningshygiëne in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 161.

Tussenbroek, Catharina van, Schoolhygiëne in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 44.

Villaret, Statist. Beitrag f. d. hyg. Nothwendigkeit einer durchgreifenden Fleischschau. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25. 26. 27.

Vogt, Leonhard, Bericht über d. im J. 1898 erschienenen Schriften über d. Schutzpockenimpfung. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 107.

Voigt, Der Lymphebläser. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 27. Beil.

Weiss, A., Ueber d. Schularztfrage. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 28.

Weleminsky, Friedrich, Ueber Acclimatisation in Grossstädten. Arch. f. Hyg. XXXVI. 1. p. 66.

Weyl, Th., Keimfreies Trinkwasser mittels Ozon. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 1.

Zerbes, Peter, Ueber Alkohol u. Alkoholismus. Militärarzt XXXIII. 10.

S. a. I. Abderhalden, Bonami, Caspari, Kozai. II. Abderhalden, Jürgensen, Zóth. III. Bonjean, Boyce, Cameron, Haden, Klein, Kübler. IV. 2. Klem, Rabinowitsch; 4. Getchell; 5. Plicque; 6. Pick; 8. Grohmann, Jorns, Lépine, Pearce. V. 1. Burrage, Mikulicz. VII. Cury. VIII. Fuchs, Gregor, Schönwald, Vehmeyer. X. Baumont, Hanke, Romié. XI. Saxtorph. XII. Lührse. XIII. 2. Hefelmann; 3. Boyer, Courtois, Glücksmann, Herman, Johannessen, Perrin, Schaefer, Struble. XIV. 1. Ullmann; 4. Ewald. XVII. Pfuhl, Reichborn.

XVI. Staatsarzneikunde. Gerichtliche Medicin. Unfall-Heilkunde.

Becker, L., Lehrbuch d. ärztl. Sachverständigenthätigkeit für die Unfall- u. Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung. Berlin. Rich. Schoetz. Gr. 8. XII u. 500 S. 12 Mk.

Biberfeld, J., Wer ist eine Medicinalperson im Sinne d. § 174 Nr. 3 des Strafgesetzbuches. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 29.

Blasius, H., Ein Fall von schwerer Simulation [von Skoliose]. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 24.

Brower, Daniel R., Medical aspects of crime. Boston med. and surg. Journ. CXL. 24. p. 570. June.

Buhre, B., Hufvuddragen af medicinsk lagstiftning i det tyska riket. Hygiea LXI. 5. S. 535.

Camerer, W., Aus d. gerichtsärztl. Praxis: Uterusruptur. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 17.

Chlumsky, Kindesmord oder fahrläss. Tödtung d. Neugebornen? Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 91.

Cowan, F. M., De psychiater voor de rechtbank. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 339.

Deiters, Beitrag zur gerichtsärztl. Beurtheilung d. höheren Stufen d. Imbecillität. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 1 u. 2. p. 135.

De Moor, L., La responsabilité des épileptiques en justice. Belg. méd. VI. 28. 29. 30. p. 41. 69. 112. — Revue des questions sc. 2. S. XVI. p. 61. Juillet.

Dozy, J. P., Organisatie der medische politie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 125.

Ehrle, Auffallend rasche Leichenzerstörung bei oberflächl. Verscharrung u. ungewöhnl. hoher Lufttemperatur (Kindesmord). Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 26.

Garnier, Paul, Une fausse mystique (affaire Augustine Pépé) [Mord]. Ann. d'Hyg. XLI. 6. p. 481. Juin.

Hainworth, E. M., Homicidal injuries to the rectum and vagina. Lancet May 13.

Harbitz, Francis, og Paul Winge, Drabet paa Grünerlökken. Tidsskr. f. d. norske Lägeforen. XIX. 11. 12. S. 257. 327.

Heck, Epikrit. Betrachtungen über „elektr. Verletzung eines Menschen". Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 48—51. 54.

Jahrmärker, Ueber einen forens. Fall von symptomat. Augenmigräne. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 12. p. 393.

Jelgersma, G., Het geval Vacher [verantwoordelijkheid]. Psychiatr. en neurol. Bladen 4. blz. 477.

Lacassaigne et Etienne Martin, La docimasie hépatique. Gaz. hebd. XLVI. 39.

Lewin, L., u. M. Brenning, Die Fruchtabtreibung durch Gifte u. andere Mittel. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. VII u. 291 S. 8 Mk.

Littlejohn, Harvey, Medico-legal cases. Edinb. med. Journ. N. S. V. 5. p. 473. May.

Lombroso, Cesare, Kerker-Palimpseste. Wandinschriften u. Selbstbekenntnisse gefangener Verbrecher. Vom Vf. deutsch herausgeg. in Verbindung mit *H. Kurella*. Hamburg. Verlagsanst. u. Druckerei A.-G. (vormals J. F. Richter). 8. XII u. 318 S. mit 20 Textillustr. u. 2 Tafeln. 10 Mk.

Moeli, Die Geistesstörungen im bürgerl. Gesetzbuche u. in d. Civil-Process-Ordnung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 1.

Motet, Projet de loi de M. *J. Cruppi* sur la réforme des expertises médico-légales. Progrès méd. 3. S. X. 26.

Neugebauer, Franz, 50 Missehen wegen Homosexualität d. Gatten u. einige Ehescheidungen wegen „Erreur de sexe". Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 18.

Nyberg, K. W., Ett inlägg i frågan om läkarnes i Finland förtegenhetspligt. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 5. S. 682.

Orlandi, Valerio, La commozione cerebrale nei suoi rapporti con la medicina legale. Suppl. al Policlin. V. 24. p. 737.

Rapmund, O., u. E. Dietrich, Aerztl. Rechts- u. Gesetzkunde. Unter Mitwirkung von *J. Schwalbe* herausgeg. 2. Lief. Leipzig. Georg Thieme. 8. VIII S. u. S. 297—820. 3 Mk. 60 Pf.

Richter, Max, Ueber d. Oedem d. Kehlkopfeingangsfalten in Wasserleichen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 25.

Riedel, Alfred, Zur Casuistik d. Spätexhumirung menschl. Leichen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 23.

Schäffer, Allerlei aus d. Unfallpraxis. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 5. p. 137.

Scheibe, Ueber d. ärztl. Begutachtung Unfallverletzter. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 13. p. 434.

Snell, O., Gutachten über den Geisteszustand des Arbeiters Friedrich H. aus Hannover. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 80.

Talbot, Eugene S., What became of the Dauphin Louis XVII? A study in dental jurisprudence. Medicine V. 6. p. 471. June.

Taty, H., Aliénés méconnus condamnés. Gaz. hebd. XLVI. 33.

Wehrlin, Georges, Assassinat d'un médecin par un individu déséquilibré. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 1. p. 46. Juillet—Août.

Whichello, Harold, Deaths from lightning stroke. Lancet June 3. p. 1490.

Ziehen, Th., Neuere Arbeiten über patholog. Unzurechnungsfähigkeit. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 6. p. 459.

S. a. II. Nauwerck. IV. 1. Ehret; 8. Bruns, Cahen. IX. Dedichen, Patterson. X. Maschke. XIII. 3. Boyer, Glücksmann, Homan, Ipsen. XIX. Ihle, Lichtenberger. XX. Bloch.

XVII. Militärärztliche Wissenschaft.

Alers, C., Eenige aanteekeningen omtrent de geneeskund. dienst bij Hr. Ms. zeemacht in de laatste 50 jaren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 1.

Galzin, E., Utilisation des traineaux de ferme comme moyen de transport des blessés dans les Alpes. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 6. p. 419. Juin.

Häberlin, Vorschläge zur Abänderung der Ausbildung u. Dienstleistung der schweiz. Sanitätsoffiziere. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 12. 13.

Kirchenberger, Ueber d. Entstehung d. Sanitätskriegsspiels im Allgem. u. dessen Einführung in fremdländ. Armeen im Besonderen. Militärarzt XXXIII. 9—14.

Nimier, H., Les balles du fusil de guerre anglais. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIII. 5. p. 382. Mai.

Nuguera, Emilio P., Das Xeroform in d. Kriegschirurgie. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 5. p. 289.

Pfuhl, E., Beitrag zur Praxis der Formaldehyd-Desinfektion im Felde. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 6. p. 321.

Port, Julius, Den Kriegsverwundeten ihr Recht! Stuttgart. Ferd. Enke. 8. 32 S. 1 Mk.

Quanjer, A. Arn. J., De militaire geneesk. dienst in Nederland in de laatste 50 jaren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 16.

Reichborn-Kjennerud, Brottransport im Felde. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 4. p. 223.

Richter, Maximilian, Ein Heim f. subsistenzlose, reconvalescente Soldaten. Militärarzt XXXIII. 11 u. 12.

Saint-Paul, G., La Jeffa. Etude sur un mode de transport des malades et des blessés dans les régions désertiques. Ann. d'Hyg. 3. S. XLI. 5. p. 385. Mai.

Steiner, Johann, Die Feldlazarethübung d. kön. bayerischen Sanitätscorps im Herbste 1898. Militärarzt XXXIII. 13 u. 14.

Sternberg, George M., Sanitary lessons of the war. New York med. Record LV. 23. 25. p. 719. 550. June.

Viry, Ch., De la prophylaxie de l'alcoolisme dans l'armée, notamment dans le 2me. corps. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 7. p. 1. Juillet.

Woodruff, Charles E., The United states and foreign army rations compared. New York med. Record LV. 20. p. 701. May.

Wrench, Ed. M., The lessons of the Crimean war. Brit. med. Journ. July 22.

S. a. I. Loison. IV. 2. Lungentuberkulose, Marcus, Schjerning, Vaughan; 8. Paalzow. V. 1. Craster, Festenberg, Loison, Majewski; 2. a. Krönlein; 2. c. Mandl; 2. e. Boisson, Holstein, Majewski. X. Guillery, Matthaei. XI. Wassmund. XII. Kimmle, Port. XV. Livi. Ruata.

XVIII. Thierheilkunde. Veterinärwesen.

Eber, A., Ueber multiple Adenombildung in den Lungen d. Schafe. Ztschr. f. Thiermed. III. 3. p. 161.

Falck, Zur Strychninvergiftung der Vögel. Med. Centr.-Bl. XXXVII. 29.

Harpur, James, The Rinderpest of 1897 in Cape Colony. Dubl. Journ. CVIII. p. 53. July.

Nicolle et Adil-Bey, Etudes sur la peste bovine. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 4. p. 319. Avril.

Nicolle et Adil-Bey, Première note sur la malaria des bovidés. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 4. p. 337. Avril.

Petit, Sarcome fasciculé de l'intestin siégeant au niveau d'une dilatation; noyaux secondaires dans l'épiploon et les ganglions mésentériques, chez le chien. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 487. Mai.

Pétropavlovsky, Sur l'anatomie et sur la bactériologie de la peste des chiens. Arch. russes de Pathol. etc. VII. 6. p. 624.

Plósz, Béla, Heilung des hochgrad. Zuckfusses durch Operation. Ztschr. f. Thiermed. III. 3. p. 198.

Waldmann, J., Carcinoma medullare planocellulare am Unterkiefer eines Pferdes. Ztschr. f. Thiermed. III. 3. p. 199.

S. a. I. Abderhalden, Hagemann, Sabattani. II. *Zoologie, vergleich. Anatomie u. Physiologie.* III. *Thierexperimente, vergleich. Pathologie.* IV. 2. Hibler, Kirchner, Pott; 5. Thudichum; 11. Brieger. X. Leber.

XIX. Medicin im Allgemeinen. Ausbildung der Aerzte. Standesinteressen. Hospitäler. Volksschriften. Statistik.

Aerztetag, 27. deutscher, in Dresden. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17. — Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 18. — Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18. — Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 4. p. 79.

Alexander, J., Bedürfen wir einer Standesordnung? Berl. Aerzte-Corr. IV. 18.

Altschul, Theodor, Eine Reform d. Medicinalstatistik. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 20. 21. 22.

Annalen d. städt. allgem. Krankenhäuser zu München. Herausgeg. von *H. v. Ziemssen.* 1896. München. J. F. Lehmann. Gr. 8. IV, 216 u. 166 S. mit 12 Abbild. im Texte. 10 Mk.

Bradford, E. H., The expansion of medicine. Boston med. and surg. Journ. CXL. 26. p. 621. June.

Bordier, A., La réforme de l'enseignement secondaire. Ann. d'Hyg. 3. S. XLI. 5. p. 451. Mai.

Braatz, Fr. Egbert, Kurze Uebersicht über die Fortschritte d. ärztl. Polytechnik im verflossenen Jahre. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. Beil.

Bresgen, Maximilian, Die Rückwirkung des Schneuzens, Niesens u. Hustens auf d. Körper, sowie deren Regelung durch die Krankenpflege. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 7. p. 223.

Brupbacher, Fritz, Geburtshelfer *Runge* u. d. Frauenemancipation. Zürich. Comm.-Verl. E. Speidel. 8. 16 S. 50 Pf.

Bryant, Thomas, The organisation of the profession. Brit. med. Journ. July 22.

Burt, Stephen Smith, Recollections and reflections of a quarter of a century. Post-Graduate XIV. 5. p. 335. May.

Davis, Sidney, How to retain your grip on the practice of medicine. New York med. Record LVI. 1. p. 11. July.

De Bosch Kemper, J., Geschiedkondig overzicht der ziekenverpleging in Nederland. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 58.

Dickinson, W. Howship, On fragments of pathology and therapeutics. Lancet June 17.

Echtermeyer, Ein Recontre mit dem Naturheilkundigen Max Canitz. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25.

Erblichkeit s. II. *Orschansky.* IV. 6. *Pel;* 8. *Aikman, Graupner, Loewenfeld, Rennie;* 9. *Chauffard, West;* 10. *Tobiesen;* 11. *Eudlitz, Molènes, Rasch.* IX. *Bourneville, Nonne.*

Fenn, E. Liveing, The British medical associa-

tion and his work for the profession. Brit. med. Journ. July 22.

Gillies, H. Cameron, The death-rate. Lancet July 22.

Gould, George M., The duties and the dangers of organization in the nursing profession. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 99. p. 103. June.

Guthmann, Naturarzt u. Phthiseotherapeut Lehmphul. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30.

Handbuch der Krankenversorgung u. Krankenpflege, herausgeg. von *Georg Liebe, Paul Jacobsohn* u. *George Meyer*. II. Bd. 2. Abth. 1 u. 2. Lief. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 886 S.

Hansemannn, David, Ueber wissenschaftl. Urtheilsbildung, eine Erklärung gegen die Herren *Henke* u. *Kromayer*. Virchow's Arch. CLVI. 2. p. 407.

Hansson, Rs., Sygekasser og kommunale lägeposter. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 12. s. 373.

Hansson, Rs., Sygeforsikring for norske läger. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 15. S. 510.

Hansson, Rs., Sygekasser, frit lägevalg. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 15. S. 515.

Herrnheiser, I., Zur Frage des Honorartarifs. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 23.

Herlofsen, Th., Den nye ordning af lägeväsenet. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 13. S. 403.

Hesse, Arthur, 7066 Todesfälle d. Basler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft, med. u. statist. bearbeitet. Leipzig. Joh. Ambr. Barth. 8. VIII u. 66 S. 3 Mk.

Hoyrup, F. E., Aarsberetning fra Kjöbenhavns Sygehjem for Aaret 1898. Fölgebl. til Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 18.

Jahrbuch der prakt. Medicin, begründet von *Paul Börner*, herausgeg. von *J. Schwalbe*. Jahrg. 1899. 4.—6. Heft. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. S. 433—823 u. XII S. 8 Mk.

Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. VI. Jahrg. 1897. Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. 4. XI, 560 u. 411 S. mit 4 Taf. u. 10 Abbild. im Texte.

Jahresbericht über d. Leistungen u. Fortschritte in d. gesammten Medicin. Herausgeg. von *Rudolf Virchow* unter Redaktion von *C. Posner*. XXXIII. Jahrg. Ber. f. d. J. 1898. I. 1. Berlin. Aug. Hirschwald. Lex.-8. 237 S.

Ihle, Otto, Mein Process vor d. Oberlandesgericht in Dresden. Wien. med. Presse XL. 18.

Kaeding, Albert, Umbetter u. Krankenheber. Aerztl. Polytechn. 7.

Kaelin-Benziger, Paracelsus. Neues Privatkrankenhaus u. Augenheilanstalt, Zürich. Einsiedeln. Benziger u. Co. 4. 95 S. u. 40 Taf.

Kayserling, Arthur, Die Ausstellung f. Krankenpflege zu Berlin 1899. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 6. p. 193.

Kestner, Ueber eine aus flachen Stahlfedern zusammengesetzte Matratze. Aerztl. Polytechn. 6.

Körpertemperatur s. II. *Avrorov, Ito, Pembrey, Penzoldt, Vernon.* III. *Czyhlarz.* IV. 2. *Mircoli;* 4. *Kisch;* 8. *Dippe, Pel;* 11. *Caro.* V. 2. a. *Butler, Reinbach.*

Krag-Torp, Lägernes dispensionsret. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 14. S. 460.

Kroner, M., Die ärztliche Standesordnung. Berl. Aerzte-Corresp. IV. 19.

Kuiper, J., Isoleering van besmettelijke zieken. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 116.

Kupffer, A., Das Normalstatut zur Anstellung von Kirchspielsärzten in Livland. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 15.

Leudesdorf, Aus der Praxis eines alten Arztes. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 11. 12. 15. p. 377. 416. 504.

Lichtenberger, Die Verjährung ärztl. Forderungen nach d. bürgerl. Gesetzbuche. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 5. p. 99.

Lorenz, Ottokar, Lehrbuch der gesammten wissenschaftl. Genealogie. Berlin 1898. Wilh. Hertz. 8. IX u. 489 S. 8 Mk.

Mandowski, Ein neuer Krankenheber. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. — Aerztl. Polytechn. 6.

Marian, A., Die Sterblichkeit in den grösseren Städten Böhmens in d. JJ. 1897 u. 1898. Prag. med. Wchnschr. XXV. 29.

Medicinal-Bericht von Württemberg für das Jahr 1896. Im Auftrage d. kön. Ministeriums d. Innern herausgeg. von d. kön. Medicinal-Collegium. Stuttgart. Druck von W. Kohlhammer. 4. VIII u. 144 S. mit 2 Uebersichtskärtchen im Text.

Meyer, George, Erste Hülfe b. Unglücksfällen in Städten u. auf d. Lande. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 305.

Meyer, George, Die Ausstellung für Krankenpflege 1899. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 27.

Moll, Albert, Aufsätze zu einer med. Ethik. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 28.

Nachod, Friedrich, Die Medicin in der Tagespresse. Wien. med. Wchnschr. XL. 21.

Neck, Carl, Ueber einen Krankentransportwagen mit Velocipedeinrichtung. Aerztl. Polytechn. 7.

Okada, W., Das japan. Medicinalwesen u. d. socialen Verhältnisse d. japan. Aerzte. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 136.

Pagel, Julius, Einführung in das Studium der Medicin (Med. Encyklopädie u. Methodologie). Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. VIII u. 226 S. mit 11 Holzschn. u. 16 Portraits.

Pauly, Bemerkungen zum Heilverfahren d. Invaliditäts- u. Altersversicherungsanstalten. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 29.

Pick, Gottlieb, Stand u. Aussichten d. Honorarfrage. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 25.

Price, Henry J., Coincidences in medical practice. Lancet May 27. p. 1455.

Realencyklopädie der gesammten Heilkunde, herausgeg. von *Albert Eulenburg*. 3. Aufl. 181.—200. Lief. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Lex.-8. Bd. XIX. S. 1—684. Je 1 Mk. 50 Pf.

Rieder, Der Neubau der Kuranstalt Neu-Wittelsbach bei München. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24.

Rohleder, Hermann, Die Stellung d. Krankenpflege zur Masturbation. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 5. p. 135.

Schlegtendal, B., Alte u. neuzeitl. Anschauungen vom Kranksein in kritischer Beleuchtung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 30.

Schleuning, W., Ein Krankentisch „Comfort“. Aerztl. Polytechn. 5.

Schmidtler, G., Das St. Nikolaispital f. Unheilbare in München in baul. u. administrat. Hinsicht dargestellt. Ann. d. Krankenh. zu München p. 95.

Schober, Medicin u. schöne Künste. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27.

Schoener, Das St. Nikolaispital f. Unheilbare in München. Ann. d. Krankenh. zu München p. 80.

Shurly, Ernest L., Ethics and commercialism. Physic. and Surgeon XXI. 5. p. 205. May.

Sitzungsberichte d. Nürnberger med. Gesellschaft u. Poliklinik 1898. München. J. F. Lehmann. 8. 25 S.

Smith, A., Ueber Temperenzanstalten u. Volksheilstätten f. Nervenkranke. 2. Aufl. Würzburg. A. Stuber's Verl. (C. Kabitsch). 8. 71 S. 60 Pf.

Spanje, N. P. van, Ziekenhuizen in Nederland gedaurende de laatste 50 jaren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 89.

Spener, Die Ausstellung f. Krankenpflege in Berlin, 20. Mai bis 18. Juni 1899. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 24.

Springfeld, Das Selbstdispensirrecht d. Aerzte u. Homöopathen. [Die Handhabung der Gesundheits-

gesetze von *Springfeld* u. *F. Siber*. Bd. III.] Berlin. Rich. Schötz. 8. XIV u. 175 S. 4 Mk.

Stempel, Walther, Die Untersuchung u. Begutachtung d. Invalidenrentenanwärter, nebst Auszug u. Commentar der f. d. Aerzte wichtigsten Gesetze u. Bestimmungen betr. die Invaliditäts- u. Altersversicherung. Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. 178 S. 4 Mk.

Stentz, Hermann, Die Vivisektion in ihrer wahren Gestalt. Berlin. Weltbund zur Bekämpf. d. Vivisektion (Abth. Berlin). 8. 48 S.

Sternberg, Ign., Zur Frage d. ärztl. Standesordnung. Berl. Aerzte-Corresp. IV. 20.

Studies from the department of pathology of the College of Physicians and Surgeons. Columbia University. N. Y. Vol. VI. 1898—1899. Reprints. 8.

Tylecote, J. H. L., Instruction in tropical diseases. Lancet July 1. p. 51.

Uchermann, V., Om lägernes dispensationsret. Tidsskr. f. d. norske lägefören. XIX. 9. s. 203.

Unna, P. G., Der nächste internationale Congress in Paris. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 12. p. 609.

Vietor, Agnes C., The abuse of medical charity. Boston med. and surg. Journ. CXL. 18. p. 417. May.

Voithenleithner, Bericht über d. städt. Krankenhaus München-Schwabing f. d. J. 1896 u. 1897. Ann. d. Krankenh. zu München p. 110.

Weisz, Eduard, Casuist. Mittheilungen aus dem Arbeiterhospitale in Pistyan. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 18. 19.

Williams, Francis H., An outline of some of the medical uses of the Roentgen rays. Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 6. p. 675. June.

Zaubzer u. Brunner, Aerztl. Bericht d. städt. allgem. Krankenh. rechts d. Isar. Ann. d. Krankenh. zu München p. 24.

Zeeman, J., Sterftestatistiek. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 181.

Ziekenverpleging en de zorg voor de openbare gezondheid in de laatste 50 jaren. Amsterdam. F. van Rossen. 8. 193 blz.

S. a. III. Friedmann. IV. 1. Congress; 2. Biedert, Martley; 4. Gräupner; 5. Albu. VIII. Prinzing. XIII. 1. Holmström. XIV. 4. Podwyssotzki. XX. His, Marcuse.

XX. Med. Geographie, Geschichte, Bibliographie, Biographien.

Adler, Prof. Dr. *Josef Engel*. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 18.

Alin, Edvard, Der obstetrische Theil der Practica Johannis Arderni. Ein Beitrag zur Kenntniss d. Entbindungskunst während d. 14. Jahrhunderts. Nord. med. ark. N. F. X. 1. Nr. 2.

Bloch, Iwan, Ueber einen griech. Papyrus forens.-med. Inhalts. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 46. 47.

Bombaugh, C. C., Aerzte u. ihre Honorare im alten Griechenland u. Rom. Wien. med. Presse XL. 30.

Breitenstein, H., 21 Jahre in Indien. 1. Theil: Borneo. Leipzig. Th. Grieben's Verlag (L. Fernau). 8. VIII u. 264 S. mit 1 Titelbild u. 8 Illustr. im Text. 5 Mk. 60 Pf.

Cabanès, Les panacées d'autrefois. Bull. de Thér. CXXXVII. 18. p. 685. Mai 15.

Clason, Edw., Vid aftäckandet af *Carl Benedict Mesterton's* grafvård. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 6 o. 7. s. 377.

Coester, *Eugen Seitz*. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17.

Corlieu, A., Le décanat de *Guy Patin*. Gaz. des Hôp. 83.

Courvoisier, Prof. Dr. *August Socin*. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 9.

Doran, Alban, Shakespeare and the medical society. Brit. med. Journ. May 20.

Ehlers, Edvard, Die 19000 Leproserien im 13. Jahrhundert. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 28.

Erismann, F., *Gustav Wolffhügel*. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 26.

Eversbusch, O., Zum 80. Geburtst. d. Prof. emer. Rostochiensis Obermed.-Rath Dr. *Karl Wilhelm v. Zehender* in München. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21.

Festschrift zur Feier d. 100jähr. Bestehens d. med. Klinik zu Leipzig. [Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV.] Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. IV u. 782 S. mit 25 Abbild. im Text u. 18 Tafeln.

Frick, Ad., Aus Sonderegger's Selbstbiographie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 18.

Fuchs, Robert, Zu d. Pariser anatom. Tafeln aus d. griechischen Alterthum. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 17.

Fuchs, Robert, Medicinisches aus d. griech. Papyri d. ägypt. Gräber. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26.

Fukala, Vincenz, Die Refraktionslehre im Alterthume. Ein Beitrag zur Geschichte d. Refraktion auf Grund bisher unbekannt gebliebener literarischer Funde. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. 3. p. 49. 209.

Grosse, Johannes, *Ignaz Philipp Semmelweiss*, the discoverer of the cause of childbed fever. Medicine V. 5. p. 358. May.

Gurlt, E., Krankenpflege u. Medicin im alten Brandenburg-Preussen. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 5. p. 151.

Helfreich, Fr., Ueber mittelalterliche deutsche Arzneibücher. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. p. 5.

Helkenberg, Kaffercollegen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 23.

Hirsch, William, *Karl Ludwig Kahlbaum*. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 6. p. 294.

His jun., W., Geschichte d. med. Klinik zu Leipzig zur Feier d. 100jähr. Bestehens d. Klinik. Mit einem Vorworte von *H. Curschmann*. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 55 S. mit 7 Porträts u. 2 Plänen. 3 Mk. — Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 1.

Horstmann, *Alfred Graefe*. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 200.

Jaquet, Prof. Dr. *Hermann Immermann*. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 13.

van Iterson, De ontwikkeling der heelkunde. Nederl. Weekbl. II. 2.

Kraus, Carl, *Edward Baynard*, ein Badearzt vor 200 Jahren. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 4. 5.

Krogius, Ali, *Maximus Wedekind af Schultén*. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 6. s. 713.

Kussmaul, Adolf, Jugenderinnerungen eines alten Arztes. 3. Aufl. Stuttgart. Ad. Bonz u. C. 8. VIII u. 496 S. mit d. Portr. d. Vf. 7. Mk. 20 Pf.

Marcuse, Julian, Diätetik im Alterthum. Eine histor. Studie. Mit einem Vorworte von *E. von Leyden*. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. VII u. 52 S. 1 Mk. 60 Pf.

Marcuse, Julian, Zur Geschichte d. Krankenhäuser. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 7. p. 235.

Meige, Henry, Nouveau tableau représentant les „Arracheurs de pierres de tête". Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 2. p. 170. Mars—Avril.

Meige, Henry, Les peintres de la médecine. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 3. p. 227. Mai et Juin.

Minovici, Nicolas, Les tatouages en Roumanie. Arch. des Sc. méd. IV. 1 et 2. p. 51. Janv.—Mars.

Möbius, P. J., Ueber *Franz Joseph Gall*. Schmidt's Jahrbb. CCLXII. p. 260; CCLXIII. p. 81. 193.

Mumford, James G., Sir *Benjamin Collins Brodie*. Boston med. and surg. Journ. CXL. 16. p. 369. April.

von Oefele, Der erste Schritt zum königl. Leibarzt in Assyrien. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 18. 19.

Oefele, Materialien zu einer Geschichte d. Pharaonenmedicin. Wien. klin. Wchnschr. XII. 27. 28. 29.

Petersen, Jul., *Johann Jessenius a Jessen (Jessinsky).* Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 27. 28.

Polotebnoff, A., Die 19000 Leproserien im 13. Jahrhundert. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 25.

Poore, G. Vivian, On medical London of the 18th. century. Lancet June 3.

Preuss, J., Nerven- u. Geisteskrankheiten nach Bibel u. Talmud. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 1 u. 2. p. 107.

Puschmann, Theodor, Die Medicin in Wien. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 29. 30.

Riedinger, J., Geschichte d. ärztl. Standes u. d. ärztl. Vereinswesens in Franken, spec. in Würzburg. Würzburg. Stahel. 8. 133 S.

Riesman, David, The history of medicine. Univers. med. Mag. XI. 10. p. 591. July.

Rosenstein, De vooruitgang der geneeskunde in de laatste 50 jaren. Nederl. Weekbl. II. 3.

Rovsing, Th., *Maximus Widekind af Schultén.* Hosp.-Tid. 4. R. VII. 21.

Schaper, H., Zur Geschichte d. Gesellschaft d. Charité-Aerzte. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 29.

Schloth, Röm. Diuretica aus d. Pflanzenreiche nach d. Darstellung d. *Cajus Plinius Secundus.* Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 27.

Schwalbe, J., Zum 100jähr. Jubiläum d. medicinischen Klinik zu Leipzig. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19.

Teacher, J. H., *William Hunter,* anatomist. Glasgow med. Journ. LII. 1. p. 15. July

Töply, Rob. von, Zur 500jähr. Gedenkfeier d. Wien. med. Doctoren-Collegiums. Wien. klin. Wchnschr. XII. 19.

Töply, Robert von, Zur Landskroner Marcus Marci-Feier. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 27.

Van der Lith, Eene reclame voor *J. C. L. Schröder van der Kolk.* Psychiatr. en neurol. Bl. 3. blz. 233. Mei—Juni.

Volkmann, Zur Fünflingsgeburt [histor. Notiz]. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19.

Weichselbaum, *Josef Engel.* Wien. klin. Wochenschr. XII. 17.

Wilson, J. C., A century of medicine in America. New York med. Record LV. 23. p. 717. June. — Boston med. and surg. Journ. CXL. 24. p. 565. June. — Lancet June 10.

Winter, Moriz, Prof. *G. Mihalkovics.* Wien. klin. Wchnschr. XII. 30.

Wölfler, Anton, Geschichte d. chirurg. Lehrkanzel an d. deutschen Carl-Ferdinands-Universität in Prag in d. letzten Hälfte d. Jahrhunderts. Prag. Calve'sche Buchh. Gr. 8. 32 S.

Woodhead, G. Sims, *Alfredo Antunes Kanthack* and *Joseph Coats.* Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 89.

Ziemssen u. Moritz, *Hermann Immermann.* Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 3 u. 4. p. I.

S. a. II. Ciaccio, Cohn, Dessoir, Hansemann, Negro. IV. 2. Letters, Sommerfeld; 9. Plehn; 10. Coleman, Gemy; 11. Bloch; 12. Braun. XIII. 1. Holmström; 3. Benedicenti. XIX. Burt, De Bosch, Leudesdorf.

Miscelle.

Over de acquivalentie van man en vrouw; door W. H. Cox. (Psychiatr. en neurol. bladen 5. blz. 442. Sept. 1898.)

C. betrachtet die Frage vom naturwissenschaftlichen Standpunkte, den die Vertreter der Frauenfrage, speciell der Frauenemancipation selten berücksichtigen, und spricht die Ansicht aus, dass, wenn der biologische Nachweis geliefert ist, dass Mann und Frau nicht gleichwerthig sind, auch eine verschiedene Gleichwerthigkeit in socialer Beziehung sich daraus ergiebt. Besonders hebt er hervor, dass es sich nicht darum handelt, ob einzelne Frauen eine hervorragende Begabung besitzen können, was zuzugeben ist, sondern darum, ob die geistige Begabung der Frau überhaupt der des Mannes gleich ist, was entschieden verneint werden muss.

Für die Erhaltung des menschlichen Geschlechts sind Mann und Frau gleichwerthig, aber bei der Erzeugung des neuen Menschen tritt es schon deutlich hervor, wie ungleichwerthig Mann und Frau sind. Bei der Entwicklung, der Geburt und bei dem Aufwachsen des Kindes fällt der Frau unter allen Umständen die Hauptrolle zu und der Mann spielt nur die Rolle des Zuschauers. Sollte nun von der Natur, die so karg ist mit der Vertheilung von nicht nothwendigen Eigenschaften, die obendrein nur solche Eigenschaften fortbestehen lässt, die entweder für das Individuum oder für die Gesellschaft von Wichtigkeit sind, und die das Princip der Arbeittheilung eingerichtet hat, ehe es Menschen gab, der Frau ein so grosses Vorrecht vor dem Manne eingeräumt worden sein, dass ihr ausser den zur Erreichung eines so wichtigen Zweckes, wie die Entwicklung des jungen Menschen, nöthigen Eigenschaften, auch noch eine Intelligenz gegeben worden sein, die der des Mannes gleich wäre? Schon a priori ist das unwahrscheinlich, aber es verhält sich auch in der That nicht so und ist wenigstens bisher nicht so gewesen.

Wenn man die geistigen Leistungen der ausgezeichnetsten Frauen mit denen der ausgezeichnetsten Männer vergleicht, findet man, dass sowohl auf dem Gebiete der Wissenschaft, wie auf dem der Kunst Frauen, die auf gleiche Stufe mit den ausgezeichnetsten Männern gestellt werden könnten, nicht vorkommen. Damit will C. nicht sagen, dass Frauen intellektuelle Arbeit nicht zu leisten vermöchten, oder dass es keine Frau gegeben habe, die in dieser Beziehung Gutes geleistet habe, aber die besten Leistungen von Frauen stehen entschieden nicht auf gleicher Höhe mit den besten Leistungen ausgezeichneter Männer, sowohl auf dem Gebiete der Wissenschaft, wie auf dem Gebiete der Kunst. Mögen auch Frauen vortreffliche Leistungen aufzuweisen haben, bessere als mancher

Mann, zu den ausgezeichnetsten Leistungen gehören sie nicht. Grosse Leistungen, die entscheidend in den Entwicklungsgang der Wissenschaft eingreifen, stammen nur von Männern, nie von Frauen. Leistungen von Frauen können ausgezeichnet sein, aber sie entbehren der Originalität; Frauen haben wohl Fragen gelöst, die von Anderen aufgestellt worden sind, aber sie stellen nie neue Fragen von solcher Bedeutung auf, dass durch ihre Lösung zerstreute Thatsachen unter einen neuen Gesichtspunkt gebracht, alten Wissenschaften neue Wege gebahnt oder neue Wissenschaften geschaffen werden. Sie reproduciren vortrefflich und in der Schauspielkunst sind sie den Männern ebenbürtig, oft auch überlegen, aber in andern als reproduktiven Künsten ist es nicht so.

Hemmung der geistigen Entwicklung durch sociale Verhältnisse kann nicht allein der Grund dieser Inferiorität sein, sie muss in der Beanlagung bedingt sein. Männer, die zu Grossem gelangt sind, haben sich oft durch Ueberwindung der grössten Schwierigkeiten und Hindernisse Bahn gebrochen, während den Frauen, die ihre Namen berühmt gemacht haben, sich solche Hindernisse gewöhnlich nicht in den Weg gestellt haben.

Die Eigenschaften, die eine Frau zur Erfüllung ihres Lebenszweckes, zur Ehe und Erhaltung des Geschlechts braucht, sind ganz andere als intellektuelle, und es ist auch nicht als wahrscheinlich anzunehmen, dass Frauen durch vieles Studiren ihre Kinder begabter machen können, denn erworbene Eigenschaften werden nicht vererbt. Das Geschlechtsleben spielt bei der Frau in psychischer Beziehung eine grosse Rolle, eine grössere als beim Manne; zur Zeit der Geschlechtsreife, wenn die körperlichen Geschlechtzeichen zur vollständigen Entwicklung gekommen sind, sind auch die geistigen Geschlechtsunterschiede vollständig entwickelt und die Instinkte auf die Erfüllung der Aufgabe zur Erhaltung der Art gerichtet. Zur Zeit der Geschlechtsreife muss ein normales Weib normale Entwicklung der weiblichen körperlichen und geistigen Eigenschaften zeigen. Ein Weib, das in ihrer Anlage Eigenschaften besitzt, durch die die auf die Fortpflanzung der Art gerichteten Neigungen unterdrückt werden können — und das ist bei denen, die sich dem Studium der Wissenschaft und der Kunst ergeben, unzweifelhaft der Fall — „ist keine normale Frau, sondern ein Monstrum“, sie degenerirt als Frau. Hierin liegt der Beweis, dass die Frau nicht für das Studium geeignet ist. Wissenschaftliches Studium verlangt Aufopferung und Vertiefung, ganze Hingabe, und das ist bei einer Frau, die ihren wirklichen Lebenszweck erfüllen will, nicht möglich.

Der Platz, der der Frau von Natur angewiesen ist, ist das Hauswesen, ihr schönster Beruf der einer Mutter. Wohl sind durch die socialen Verhältnisse Mädchen, die nicht heirathen, gezwungen, sich einen Beruf zu wählen, der ihnen eine selbständige Existenz ermöglicht, und die Erziehung muss danach eingerichtet werden, dass sie dazu befähigt sind, aber man darf nicht dabei vergessen, dass der Unterricht der Frauen nimmermehr einen Charakter tragen darf, durch den sie in erster Reihe auf Bahnen geleitet werden, die doch eigentlich nur von einer sehr kleinen Anzahl ihrer Geschlechtsgenossen begehrt werden, die auf irgend eine Art ihre natürliche Bestimmung nicht erreichen können.

Walter Berger (Leipzig).

Sach-Register.

Abdominalschwangerschaft 111. 256. 261.
Abortus, Einleitung mit einer Stricknadel 107. —, b. Tubenschwangerschaft 217. 221. —, unterbrochener 221.
Abscess, perityphlitischer im kleinen Becken, Eröffnung 61. —, d. Bauchdecken während d. Schwangerschaft 218. —, d. Ovarium mit Beckenzellgewebeentzündung 220.
Abwässer, Reinigung 70.
Acarus folliculorum, Bezieh. zu Lidrandentzündung 64.
Aconit, Alkaloide 238.
Aconitin, Wirkung 238.
Addison'sche Krankheit, Veränderungen d. Centralnervensystems 142. —, Erkrankung d. Nebennieren, Bronzehaut 143. —, Metanoplakie der Mundschleimhaut 143.
Adenitis s. Lymphadenitis.
Adenoidgeschwülste im Nasenrachenraum als Ursache von Pseudocroup 243.
Adenom, dems. ähnl. Wucherungen d. Schleimhaut b. Tuberkulose d. Tuba Fallopiae 13. —, d. Leber 128. —, d. Nabels 182. —, d. Cervix uteri 220. —, malignes d. Uterus 263.
Adenomyom, diffuses d. Uterus, gutartiges 125. —, in d. Leistengegend u. im hinteren Scheidengewölbe 125.
Adipositas, Behandl. mit Thyreoidin 17.
Aether, Wirkung auf Geruch, Geschmack u. Hautsinnesnerven 116. —, mit Chloroform gemischt als Anaestheticum 131.
Affe, Menstruation b. solch. 219.
After, künstl., Bildung b. Mastdarmkrebs 181.
Agglutination, durch Tuberkelbacillen verursacht 33.
Airol, gegen Tripper 248.
Albuminoidkörper, in d. Milch 3. —, in d. Seide 3.
Albuminurie, nach Kopfverletzung 25. —, cyklische b. Kindern 174.
Alkohol, Beförderung d. Tuberkulose durch solch. 33.
Alopecia areata, Behandlung (Phototherapie) 148. (mittels Reizung) 148.
Amöben, Unterscheidung von Körperzellen 10.
Amputation, Bildung d. Stumpfes 64. —, wegen Tetanus 80. —, d. Uterus (wegen Myoms während d. Schwangerschaft) 166. (wegen Krebs) 224. —, d. Unterschenkels, osteoplastische 184. —, intrauterine 218.
Amyloform, zum Ersatz f. Jodoform 19.

Anämie, durch Ankylostomie bedingt 245. — S. a. Chlorose.
Anästhesie, lokale 129. —, mit Gemenge von Chloroform u. Aether 131.
Anatomie, d. Sehnerveneintritts (von *Anton Elschnig*) 214. — S. a. Präparate.
Anencephalus 111. 257.
Angiom, Bau, Wachsthum u. Genese 232. —, d. Leber 232.
Ankylostomiasis, Vorkommen 245.
Anorexie b. Kindern, Nutzen d. Orexinum tannicum 18.
Antistreptokokkenserum, Anwend. b. Puerperalfieber 54.
Antitoxin, Immunisation durch solch. 11. —, Behandl. d. Tetanus mit solch. 71. 72. 75. 76. 77. 78. —, in d. Galle b. Tetanus 72.
Anus praeternaturalis, Bildung b. Mastdarmkrebs 181.
Aorta s. Arteria.
Aphthen, *Bednar*'sche, Wesen u. Entstehung 171.
Apparate, zur Desinfektion mit Formalin 187. —, zum Verschluss der Harnröhre behufs Retention von Injektionen 247.
Appendicitis, Bezieh. zu d. Erkrankungen d. weibl. Genitalien 183.
Arbeiter s. Caissonarbeiter.
Area Celsi, Phototherapie 148. —, Behandlung mit Reizung 148.
Argentum nitricum, Katarrh d. Conjunctiva nach Einträufelung b. Neugeborenen 67.
Arsenik, Anwendung vom Mastdarme aus 132.
Arteria, *aorta*, abdominalis (Embolie, Veränderungen im Rückenmark) 26. (Compression b. Bauchoperationen) 167. Tuberkulose 39. —, *carotis*, Embolie b. Masern 172. —, *centralis retinae*, Embolie 88. —, *umbilicalis* (Zerreissung, Verblutung d. Kindes während d. Geburt) 170. (einfache bei Missbildungen) 228. —, *uterina*, Unterbindung (wegen Uterusblutung) 166. (wegen Myom) 167.
Arterien, Ruptur der inneren Häute als Ursache von Gangrän 58.
Arteriitis d. Endarteriitis.
Arthritis, urica, Behandlung 128. —, gonorrhoica 154. 155.
Arzneimittel, Einfluss auf Sekretion u. Zusammensetzung (d. Galle) 9. (d. Harnsäure) 114.
Aspidium spinulosum, Extrakt gegen Bandwurm 18.
Aspirin, neues Salicylsäurepräparat 18.
Athemnoth, Wirkung d. Oxycamphers 18.
Athmen s. Respiration.
Auge, Tuberkulose 41. —, Verletzungen 105. —, Erscheinungen an solch. bei Kältestarre d. Frösche 121. —, Herpes zoster an solch. 136. —, Bakterien dess. 214. —, zur patholog. Anatomie 233. — S. a. Conjunctiva; Unfallpraxis; Unterrichtstafeln.
Augenheilanstalt s. Jahresbericht.
Augenheilkunde s. Handbuch.
Augenhöhle, Blutung in dies. b. Migräne 241.
Augenlid, Entzündung d. Randes, Bezieh. zu Acarus folliculorum 64. —, primitive Tuberkulose d. Haut 65. — S. a. Ptosis.
Augenmigräne 241.
Augenmuskeln, Störungen, Lähmungen 133. 134. —, Kerne f. solche im Gehirn 135.
Auswurf, Uebertragung d. Tuberkulose durch solch. 32.

Bacillus, b. Typhus recurrens 10. —, spermigener b. Tuberkulose 34. —, *Klebs-Löffler*'scher als Ursache von äusserer Entzündung d. Nase nach Scharlach 145. —, pyocyaneus (Septikämie durch solch. verursacht) 230. (Infektion mit solch. b. Säuglingen) 230. —, diphtheroides vulneris 254. — S. a. Pneumoniebacillus; Pseudotetanusbacillus; Pseudotuberkelbacillen; Tetanusbacillen; Tuberkelbacillen.
Bakterien, in d. Vagina während d. Schwangerschaft 52. —, im Uterussekret b. Puerperalfieber 53. 231. —, b. Keuchhusten 123. —, d. Auges (von *Fritz Schanz*) 214. —, Bezieh. zur Entstehung d. Speichelsteine 243.
Bakteriologie s. Institut.
Bandwurm, Nutzen d. Extractum aspidii spinulosi 18. — S. a. Taenia.
Bauch, Sektionstechnik 98. —, Massage gegen Stuhlverstopfung b. Kindern 170.
Bauchdecken, Abscess während d. Schwangerschaft 218.
Bauchfell s. Peritonaeum.
Bauchhöhle, Eröffnung vom kleinen Becken aus 62. —, Operationen in ders. (Tetanus nach solch.) 80. (Compression d. Aorta) 167. (Transplantation von Omentum) 181. —, Austritt des Foetus in dies. bei Extrauterinschwangerschaft 107.
Bauchhöhlenschwangerschaft 111. 256. 261.
Bauchwand, Fibrom 264.
Becken, Peritonitis in solch. (tuberkulöse) 40. (Laparotomie) 109. —, kleines, Eröffnung (perityphlit. Abscesse) 61. (d. Bauchhöhle von solch. aus) 62. —, Bindegewebe in solch. (Dermoidcyste, Operation) 167. 253. (Krankheiten) 211. —, Veränderlichkeit d. Raumes während d. Geburt 169. —, Zellgewebeentzündung b. Ovarialabscess 220. —, Hydatiden im Knochen 220. —, Deformation durch eine Cystengeschwulst im unteren Theile d. Wirbelsäule 252.
Beischlaf, widernatürlicher 71. — S. a. Coitus.
Benzaconin, Wirkung 238.
Bergwerke, Vorkommen von Ankylostomenanämie 245.
Bericht über d. bakteriolog. Institut in Bremen 186.
Beschäftigung, Epicondylalgie durch solche verursacht 27. —, Nervenkranker 102.
Bewusstsein, Verhalten während d. epilept. Anfalls 140.
Billroth'sche Krankheit 242.
Bindegewebe, im Becken (Dermoidcyste in solch., Operation) 161. 253. (Krankheiten) 211.
Bindegewebezellen, im Ovarium bei Schwangerschaft 227.
Bindehaut s. Conjunctiva.
Blastomyceten, Pathogenese 230. —, als Zelleneinschlüsse in Krebs 234.
Blennorrhöe s. Tripper.
Blepharitis acarica 64.
Blinddarm s. Coecum; Perityphlitis.
Blindheit, einseitige, Erkennung der Simulation 23. —, Sinnesschärfe b. solch. 120.
Blut, Präparate zu therapeut. Zwecken 17. —, forens. Nachweis mit Formaldehyd 71. —, Infektion durch Staphylokokken 171. —, Wirkung auf dass. (d. Salicin) 239. (d. Narkotica) 240. — S. a. Hämospermie.
Blutextravasate, Veränderungen 12.
Blutgeschwulst s. Cephalämatom; Hämatom.
Blutkörperchen, weisse, Einwanderung 12. —, Entwickl. b. menschl. Embryo 116.
Blutung, intravenöse Kochsalzinfusionen 111. —, Stillung bei Bauchoperationen durch Compression der Aorta 167. —, in d. Augenhöhle b. Migräne 241. — S. a. Verblutung.
Borneo s. Indien.
Bright'sche Krankheit, Schwangerschaft u. Geburt b. solch. 217.
Bronchitis, Bronchiolitis, bei kleinen Kindern, Behandlung mit *Schultze*'schen Schwingungen 174.
Bronzehaut b. Addison'scher Krankheit 143.
Bruder s. Zwillingsbrüder.
Brustdrüse, Tuberkulose 41. —, Carcinom b. Tuberkulose ders. 265. — S. a. Mastitis.
Butter, Uebertragung d. Tuberkulose durch solche 32.

Caissonarbeiter, Lähmung b. solch. 26.
Calorimetrie 141.
Carbolsäure gegen Tetanus 79.
Carcinom, d. Kehlkopfs, Radikaloperation 60. —, des

Uterus (d. Cervix) 109. (operative Behandlung) 163. 224. 251. 252. 264. (Aetiologie) 163. (Totalexstirpation d. Uterus) 164. (b. Schwangerschaft) 213. 223. 251. 252. (Pathologie u. Therapie) 212. (primäres d. Corpus) 220. 260. (b. Fibrom) 258. 259. —, Riesenzellenbildung in solch. 124. —, Nervenstörungen b. solch. 124. —, Entwicklung durch Einimpfung 124. —, d. Vagina, Exstirpation ders. 162. —, d. Rectum, künstl. Afterbildung 181. —, d. Oesophagus (Stenose, Gastrostomie) 179. (Durchbruch in d. Trachea) 234. —, d. Haut 232. —, primäres d. Tuba Fallopiae 220. —, Histologie 234. —, Zelleneinschlüsse 234. —, Zunahme d. Häufigkeit 235. —, endem. Vorkommen 235. —, endotheliales, mit mehrkernigen Riesenzellen 235.
Carotis s. Arteria.
Castration, Wirkung auf die Zeugungsfähigkeit 13. —, wegen Osteomalacie 110. 257. —, Phosphorsäureausscheidung nach ders. 228.
Centralnervensystem, Veränderungen b. Addison'scher Krankheit 142.
Cephalämatom, doppelseitiges 111.
Cerebrospinalflüssigkeit, toxische Eigenschaften b. Tetanus 75. —, Infektion durch Staphylokokken 171.
Cerebrospinalmeningitis, Laminektomie 138.
Cervix s. Gebärmutterhals.
Chinin, Vergiftuug durch solch. als Ursache d. Schwarzwasserfiebers 243.
Chirurgie s. Handbuch.
Chloroform, Wirkung auf Geruch, Geschmack u. Hautsinnesnerven 116. —, mit Aether gemischt als Anaesthеticum 131.
Chlorose, Behandlung 141.
Cholecystogastrostomie bei Geschwulst d. Pankreaskopfes 182.
Choledochotomie wegen Gallensteinen 60.
Cholelithiasis, Pathologie u. Therapie 60. —, operative Behandlung 60. 61. 182. —, Melanoplakie der Mundschleimhaut 144.
Cholesterinurie 244.
Chorea minor, Aetiologie 173.
Chorioidea, Sarkom, Diagnose 256.
Chorion, malignes Epitheliom 234.
Ciliarkörper, Gummigeschwulst 184. —, Epithelialgeschwulst 184. —, hämorrhagische Cyste, spontane Heilung 256.
Cirrhose, d. Leber (hypertroph. mit ungewöhnl. Verlaufe) 128. (Melanoplakie der Mundschleimhaut) 144. (chirurg. Wiederherstellung d. Pfordadercirkulation b. solch.) 183. —, d. Ovarium 220.
Cocain, Wirkung 130. —, als lokales Anaestheticum 130.
Cocainisirung d. Rückenmarks 130.
Coecum, Diagnose d. Achsendrehung 180. — S. a. Perityphlitis.
Coffein, Wirkung auf d. Ernährung 133.
Coitus, widernatürlicher 71. —, Verletzung d. weibl. Geschlechtsorgane b. solch. 188. 189.
Colloidentartung eines Uterusmyoms 219.
Colotomie, Sphinkterbildung aus d. M. rectus abdom. 181.
Colpotomia anterior 258.
Conception nach Castration 13.
Congress zur Bekämpfung d. Tuberkulose (in Frankreich) 32. (in Berlin) 48.
Coniin, chem. Constitution u. Wirkung 237.
Conjunctiva, Argentumkatarrh bei Neugebornen 57. —, epidem. akuter Katarrh 66. —, Xerose, Keratomalacie b. solch. 66. —, metastat. Erkrankung b. Tripper 156. —, Papillom 184.
Conservirung anatom. Präparate mit Formaldehyd 71.
Contraktur b. Hemiplegie 139.
Contusion, Veränderung in d. Haut nach solch. 12.
Cornea, Erweichung b. Xerose d. Conjunctiva 66.
Corpus ciliare (Gummigeschwulst) 184. (Epithelialgeschwulst) 185. (hämorrhag. Cyste, spontane Heilung) 256.
Craniektomie, wegen vorzeitiger Verknöcherung d. Schädelnähte 28.
Cranioklasie mit d. 3blättrigen Cranioklasten 169.
Craniometrie 203.
Craniotomie, Vergleich mit d. Kaiserschnitt 108.
Croup s. Pseudocroup.
Curarin, Vergiftung, Harnausscheidung u. Glykosurie nach solch. 133.
Cyste, d. Bartholinischen Drüsen, Histologie 49. —, Bildung im Urachus 124. —, d. Ovarium (während d. Schwangerschaft) 217. (mit Dilatation d. Tuba) 224. (epithelialer Natur) 235. (Achsendrehung) 252. (Ovariotomie) 264. —, d. Vagina, Bildung aus d. Gaertner'schen Gange 219. —, Vorgang bei d. Bildung 232. —, am unteren Theile d. Wirbelsäule, Deformation d. Beckens 252. —, hämorrhag. d. Ciliarkörpers, spontane Heilung 256. — S. a. Dermoidcyste; Parovarialcyste; Seifencyste.

Dakryops, Vorkommen 65.
Darm, Pseudotetanusbacillus 73. —, Occlusion durch ein Fibromyom des Uterus verursacht 263. — S. a. Colon; Dünndarm; Gastroenterostomie; Rectum.
Decidua, Abgang bei Extrauterinschwangerschaft 217. 256. 261.
Deciduazellen, dens. ähnl. Wucherungen auf dem Peritonaeum u. d. Ovarien b. intrauteriner Schwangerschaft 227.
Deciduoma malignum 213. 259.
Delirium tremens, antom. Veränderungen b. solch. 15.
Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis 242.
Demodex, Bezieh. zur Lidrandentzündung 64.
Dermatitis exfoliativa 147.
Dermatoses, traitement (par *L. Brocq*) 106.
Dermographie, nach Tripper 148.
Dermoidcyste, Knochengürtel in solch. 112. —, d. Ovarium, Histogenese, Histologie 126. 127. —, im Beckenbindegewebe, Operation 167. 253. —, über d. grossen Fontanelle 172.
Dermoidgeschwulst d. Ovarium 109. 265.
Desinfektion, mit Formaldehyd (b. Wohnungen) 69. (Apparate) 187. —, d. Haut u. d. Hände mit Seifenspiritus 175.
Deutschland, Kindersterblichkeit 175. —, Vorkommen d. Taenia nana 244.
Diabetes mellitus, Verhalten d. Kniereflexe 26. —, insipidus (von *D. Gerhardt*) 100.
Diagnose d. diagnost. wichtigen angeb. Störungen des Farbensinns (von *W. Nagel*) 104.
Diaphragma, angeb. Hernie 229.
Diarrhöe b. Kindern, Anwendung d. Tannigens u. d. Tannalbins 240.
Diathese, harnsaure, Behandlung 128. —, lymphat. b. Kindern 171.
Digitalis, therapeut. Wirksamkeit d. Präparate 237.
Dionin, Wirkung 17. —, Anwend. b. d. Entwöhnungskur b. Morphinismus 129.
Diphtherie b. Scharlach, Oesophagusstenose 174.
Disposition, lokale 122.
Divertikel, Meckel'sches, Vorfall mit d. Anscheine einer Nabelgeschwulst 108.
Doppelbildungen, Entwickelung 5.
Doppelei b. Huhn 6.
Douglas'scher Raum, perityphlit. Abscess in solch., Eröffnung 62.
Drillinge b. Placenta praevia centralis 111.
Drüsen, Bartholinische, Histologie d. Cysten 49. —, d. Uterus u. d. Vagina, gutartige Hypertrophie 162. —, d. Uterusmuskulatur während d. Schwangerschaft 168. — S. a. Brustdrüse; Leistendrüsen; Lymphdrüsen; Parotis; Speicheldrüsen; Thränendrüse; Thymus.
Dünndarm, mehrfache Stenose 180. —, Geschwulst b. d. Herniotomie gefunden 181.
Dura-mater, d. Rückenmarks, Myxosarkom 138.

Dysphagie, diagnost. Bedeutung b. Syphilis 149.
Dyspnöe, Wirkung d. Oxycamphers 18.

Echinococcus multilocularis d. Leber 243.
Eczema scrophulosorum, tuberkulöse Natur 42.
Ei, doppeltes b. Huhn 6. —, experimentelle Veränderungen b. Frosch 6. —, b. Menschen (Bau d. Hüllen) 8. (Adhärenz d. unteren Pols als Ursache d. Verzögerung d. Eröffnungsperiode) 54. — S. a. Primordialei; Tubenschwangerschaft.
Eingeweide, Situs inversus 173. 229.
Einführung in d. Studium d. Medicin (von *Jul. Pagel*) 214.
Einleitung in d. vergleichende Hirnphysiologie u. vergleichende Psychologie (von *Jacques Loeb*) 101.
Einreibung mit Schmierseife gegen Tuberkulose 48.
Einreibungskur, Ersatz durch Quecksilbersäckchen 152.
Eisen, Nutzen b. Chlorose 141.
Eisenbahnunfall, Verletzung innerer Organe b. solch. 190.
Eiter, *Friedlaender's* Pneumobacillus in solch. b. Salpingitis 52.
Eiweiss, Oxydation mit übermangans. Kali 3. —, Krystallisation 3. —, Bestimmung im Harne 4. —, Ernährung mit solch. 9. —, Zerfall (b. Fieber) 14. (Einfluss d. Hungers) 14. (Wirkung d. Körpertemperatur) 14. —, neues Präparat 136. — S. a. Albuminurie.
Eiweisskörper, in d. Milch 3. —, in d. Seide 3. —, Verdauung 4. —, Einfluss d. Phosphorgehalts auf d. Stoffwechsel 19. —, d. Schilddrüse 113.
Ekchymosen, subpleurale, Bezieh. zum Herztod 71.
Eklampsie s. Puerperaleklampsie.
Elektricität, Veränderung der Gewebe durch hochgespannte Ströme 224.
Elektrolyse b. Ozaena 145.
Embolie, der Aorta abdominalis, Veränderungen im Rückenmark b. solch. 26. —, d. Art. centralis retinae 68. —, d. Carotis b. Masern 172.
Embryo s. Foetus.
Emmenagogum, Tang-Kiu (Eumenol) 129.
Emphysem b. Masern 172.
Endemie s. Carcinom; Krebs.
Endoarteriitis proliferans, Retinitis haemorrhagica b. solch. 68.
Endokarditis, verruköse, durch Tuberkelbacillen verursacht 39. —, septische, Verhalten d. Fiebers 141. —, b. Tripper 154. —, durch Pyocyaneus verursacht 230.
Endotheliom, Diagnose, Metastasenbildung 176. —, mit mehrkernigen Riesenzellen 233.
England, Sterblichkeit an Puerperalfieber 262.
Entbindung, Behandlung d. Schultern b. d. Extraktion am Beckenende 55. —, b. Uterus septus 168. —, Veränderlichkeit d. Beckens während ders. 169. —, Bezieh. d. Kopfform d. Kindes zum Mechanismus 149. —, Perforation u. Cranioklasie 169. —, Verblutung d. Kindes während ders. 170. —, Hämatom d. Vulva nach ders. 189. —, b. Morbus Brightii 217. —, Körpertemperatur nach ders. 217. —, Erweiterung des rigiden Muttermunds 218. —, Verhalten d. Respiration b. ders. 221. —, Vereiterung d. Ovarien nach ders. 222. —, b. Paraplegie 261. —, b. Steisslage mit gestreckten Schenkeln 261. —, Störung durch Ovarialgeschwulst 262. — S. a. Craniotomie; Geburt.
Entfettungskur, Anwendung d. Thyreoidins 17.
Entzündung, fibrinöse seröser Häute, durch Jodpräparate erzeugt 266. —, Einfluss chem. Gegenreize 236.
Epicondylalgie 27.
Epidemie s. Conjunctiva; Erythema; Hysterie; Rubeola.
Epidermiszellen, Struktur d. Protoplasmas in dens. 116.
Epididymitis b. Tripper 156.
Epilepsie (von *Otto Binswanger*) 99. —, Jackson'sche, Lokalisation 139. —, Verhalten d. Harns 140. —, Verhalten d. Bewusstseins b. Anfalle 140. —, Bezieh. zu Paraxanthinvergiftung 241.
Epitheliom, d. Ciliarkörpers 185. —, d. Penis 234. —, d. Pleura u. d. Peritonaeum 235. —, malignes d. Chorion 234. —, primäres d. Vagina 258.
Epithelium d. Peritonaeum, Verhalten b. d. Entzündung 236.
Epithelzellen, protoplasmat. Knospung 116.
Erblichkeit, Bezieh. zur Entstehung innerer Krankheiten 13. —, d. Tuberkulose 32.
Erbrechen, während d. Schwangerschaft, Aetiologie 110.
Erhenkte, Krämpfe b. solch. 242.
Ernährung, mit Eiweiss 9. —, Wirkung d. Coffeins 133. —, d. Kinder mit Backhaus'scher Kindermilch 170. —, mit Milcheiweiss 186.
Erysipelas u. Erysipeloid (von *Herm. Lenhartz*) 99.
Erythema infectiosum, Epidemie b. Kindern 172.
Eucain, Wirkung 130.
Euchinin gegen Keuchhusten 18.
Eumenol, Emmenagogum 129.
Exantheme, tuberkulöse 41. 42.
Exostose am Unterkiefer 177.
Extractum aspidii spinulosi gegen Bandwurm 18.
Extrauterinschwangerschaft, wiederholt b. derselben Frau 57. —, Austritt d. Foetus in d. Bauchhöhle 107. —, Casuistik 110. —, Anatomie 168. —, Behandlung 168. —, Laparotomie 216. 256. —, Bedeutung d. Abgangs d. Decidua 217. 256. 261. —, in d. Bauchhöhle 256. 261. — S. a. Abdominalschwangerschaft; Tubenschwangerschaft.
Extremitäten, obere, Defekt an solch. 229.

Facialis s. Nervus.
Farben, Erscheinungen mit dem Hören verbunden 242.
Farbensinn, Diagnose d. angeborenen Störungen (von *W. Nagel*) 104.
Febris recurrens, Bacillus b. solch. 10.
Femur, Wachsthumsstörungen b. Tuberkulose d. Kniegelenks 64.
Fettleibigkeit, Behandlung mit Thyreoidin 17.
Fibrocystom d. Uterus 219.
Fibrocystomyom d. Uterushalses 258.
Fibroid, d. Uterus, Operation 219.
Fibrom, des Uterus (Mikrokokken in d. Substanz) 109. (Absorption) 112. (bei Cervixkrebs) 224. (Colloidentartung) 219. (b. Carcinom) 258. (schnelles Wachsthum) 263. —, d. Ovarium 220. 260. 264. —, d. Bauchwand 264.
Fibromyom, des Uterus (Wirkung des Schilddrüsenextrakts) 17. (als Ursache von Darmocclusion) 263. —, d. Vagina 162. —, d. Ligamentum latum 224.
Fieber, Kohlenstoffgehalt im Harne 14. —, Veränderungen in d. Ganglienzellen 28. —, im Wochenbett, Bakterien im Uterusmuskel 53. —, lange dauerndes bei unbestimmter Diagnose 141.
Fische, Tuberkulose b. solch. 30.
Fistel, d. Harnleiters, Operation 49. —, zwischen Harnleiter u. weibl. Genitalien, Operation 50.
Fluss, Verunreinigung, Selbstreinigung 69.
Foetus, Austritt (b. Tubenschwangerschaft mit d. Häuten) 107. (in d. Bauchhöhle b. Extrauterinschwangerschaft) 107. —, Entwicklung d. Blutkörperchen b. dems. 116. —, Retroflexion dess. im Uterus 218. —, papyraceus 222. 257. —, Veränderungen d. Placenta nach d. Absterben 256. —, Retention d. abgestorbenen 257. —, diprosopus anencephalicus 257. —, Missbildungen 263. — S. a. Kind.
Fontanelle, grosse, Dermoidcyste über ders. 174.
Formalin, gegen lokale Tuberkulose 176.
Formaldehyd, Desinfektion mit solch. (von Wohnungen) 69. (Apparate) 187. —, Verwendung: zur Conservirung anatom. Präparate 71. zum forens. Blutnachweis 71.
Fowler'sche Lösung, Injektion in d. Rectum 132.

Fragmentation, d. Myokardium, Bezieh. zu plötzl. Tode 190.
Fraktur, d. Wirbelsäule, Myelitis dorsalis nach solch. 138. —, Einfluss d. Nervendurchschneidung auf d. Heilung 183. —, d. Schädels u. d. Rippen b. einem Neugebornen, Bezieh. zur Geburt 189.
Frankreich, Kindersterblichkeit 175.
Frau, geistige Begabung 340.
Frauenmilch, Salzgehalt 113.
Fremdkörper s. Haarnadel.
Frosch, experimentelle Veränderungen d. Eies 6. —, unbeobachtet gebliebenes Augensymptom b. d. Kältestarre 121.
Fruchtabtreibung mit Hülfe einer Stricknadel 107.

Gaertner'scher Gang, Bildung von Parovarial- u. Vaginalcysten aus solch. 219.
Gall, Franz Joseph, histor. Untersuchung 8. 193.
Galle, Einfluss von Arzneimitteln u. Mineralwässern auf Zusammensetzung u. Sekretion 9. —, antitoxische Eigenschaften b. Tetanus 72.
Gallenblase s. Cholecystogastrostomie.
Gallenfarbstoff, Verhalten im Harn b. Icterus neonatorum 115.
Gallensteine, Pathologie u. Therapie der durch solche verursachten Krankheiten 60. —, operative Behandlung 60. 61. 182. —, Melanoplakie d. Mundschleimhaut b. solch. 144.
Gang, paraurethraler, isolirter primärer Tripper 158. —, *Gärtner*'scher, Bildung von Parovarial- u. Vaginalcysten aus solch. 219.
Ganglienzellen, Struktur 15. —, Veränderungen (b. Delirium tremens) 15. (b. Fieber) 28. (b. Tetanus) 73.
Ganglion, ciliare, Neuron 120.
Gangraen, traumat. durch Ruptur d. innern Arterienhäute 58. —, d. Haut 147. —, spontane b. Kindern 173. —, eines Uterusmyoms 219. —, d. Lunge nach Durchbruch von Oesophaguskrebs in d. Trachea 234.
Gastrektomie, totale, Folgen 180.
Gastroenterostomie, Enderfolge 179.
Gastrostomie, Indikationen u. Methoden 179. — S. a. Cholecystogastrostomie.
Gaumen, syphilit. Erkrankung 150.
Gaumengewölbe, Verhalten b. verschied. Formen d. Gesichtsschädels 144.
Gebärmutter, Anatomie (Histologie d. Muskulatur) 8. (Beschaffenheit b. Kindern) 109. 225. —, unteres Segment, Abgrenzung 8. —, Geschwülste: *Fibromyom* (Wirkung d. Schilddrüsenextrakts) 17. (Gangrän) 219. (als Ursache von Darmocclusion) 263. *Fibrom* (Mikrokokken in d. Substanz) 109. (Absorption) 112. (Colloidentartung) 219. (b. Cervixkrebs) 224. (schnelles Wachsthum) 263. *Adenomyoma* diffusum benignum 125. *Myom* (Operation) 165. (Ligatur d. Artt. uterinae zur Heilung) 167. (patholog. Veränderungen) 223. (abdominale Hysterektomie) 263. *Sarkom* (Histologie u. Histogenese) 165. (d. Corpus) 223. 234. *Fibroid*, Operation 219. *Fibrocystom* 219. *Adenom*, malignes 263. chorioepitheliale 252. —, Tuberkulose 41. 49. —, Bakterien im Sekret b. Puerperalfieber 53. —, Zerreissung 55. 162. —, Schwangerschaft im rudimentären Horne 55. 217. 227. 260. —, Retroflexion (b. einem Neugebornen) 108. (lokale Symptome) 112. —, Verhalten nach Kaiserschnitt 108. —, Menstruation b. Retrodeviationen 109. —, Vorfall ders. u. d. Vagina, Exstirpation d. letzteren 162. —, Drüsen (gutartige Hypertrophie) 162. (in d. Muskulatur während d. Schwangerschaft) 168. —, Totalexstirpation wegen Krebs 164. —, Achsendrehung durch Geschwülste 165. 251. —, Amputation (wegen Myom) 166. (wegen Krebs) 224. —, getheilte, Entbindung b. solch. 168. —, Verletzung b. d. Ausschabung 189. —, Stand im Puerperium 221. —, Fehlen ders. 222. —, doppelte (Anatomie u. Genese) 225. (mit doppelter Hämatometra) 258. —, Retention d. abgestorbenen Frucht 257. —, Schleimhautwucherungen 259. —, bösartige Erkrankung mit Metastasen in d. Lungen 259. — S. a. Haematometra; Hysterektomie; Uterus.
Gebärmutterarterien, Ligatur (wegen Blutung) 166. (wegen Myom) 167.
Gebärmutterblutung, intravenöse Kochsalzinjektionen 111. —, Ligatur d. Artt. uterinae wegen solch. 116.
Gebärmutterhals, Carcinom 109. 264. —, Myom, operative Behandlung 163. 263. —, Verhalten d. Kanals während d. Menstruation 219. —, Adenom 220. —, Fibrocystenmyom 258. —, Sarkom 259.
Gebärmutterkrebs, Operation 163. 224. 251. 252. 264. —, Aetiologie 163. —, Pathologie u. Therapie 212. —, bei Schwangerschaft 213. 223. 252. —, primärer d. Corpus 220. 260. —, Fibrom 258. 259. —, mit Pyometra 264.
Gebärmuttermund, Rigidität, Erweiterung b. d. Entbindung 218.
Geburt, Verzögerung d. Eröffnungsperiode durch Adhäsion d. untern Eipols 54. —, b. Uterus septus 168. —, Veränderlichkeit d. Beckenraumes während ders. 169. —, Bezieh. d. Kopfform d. Kindes zum Mechanismus 169. —, Verblutung d. Kindes durch Ruptur einer Nabelarterie 170. —, Bezieh. zu Schädel- u. Rippenfrakturen b. einem Kinde 189. —, b. Morbus Brightii 217. —, Störung durch Ovarialtumoren 262. — S. a. Entbindung.
Geburtzange, Anlegung 54.
Gefässgeschwulst s. Angiom.
Gehirn, Riesenzellen im Lobulus paracentralis 16. —, Mikrogyrie 16. —, Geschwülste (Entwicklung nach Kopfverletzung) 23. (Diagnose) 131. —, Einspritzung von Tetanusantitoxin in dass. 77. 78. —, Physiologie 86 flg. 101. 193 flg. —, Entwicklung 87. —, Bezieh. d. Beschaffenheit zu d. geistigen Fähigkeiten, Sitz ders. 88 flg. 193 flg. 199 flg. —, Bezieh. zum Schädel 93. 202. —, Augenmuskelkerne 135. — S. a. Hirngeschwulst; Hirnnerven; Hirnwindungen; Kleinhirn.
Gehirnemulsion, Anwend. gegen Tetanus 76.
Gehör, Schärfe b. Blinden 120.
Geistesfähigkeiten, Bezieh. zur Beschaffenheit d. Gehirns 88 flg. 199 flg. —, Sitz im Gehirn 193 flg. 199 flg. —, b. d. Frauen 340.
Geistesstörung, sexuale 71. —, Zurechnungsfähigkeit b. solch. 85. 86.
Geistesthätigkeit b. Thieren 81 flg.
Geisteszustand, Beurtheilung 70. —, Untersuchung b. einem Mörder 190.
Gelenke, Tuberkulose 103. — S. a. Hüftgelenk; Krankheiten.
Gelenkentzündung b. Tripper 154.
Gelenkrheumatismus, äusserl. Anwend. d. Salicylsäure 18. —, d. akute (von *Alfr. Přibram*) 98.
Genitalien s. Geschlechtsorgane.
Genussmittel, Untersuchung 106.
Geruch, zur Physiologie 116.
Geschlecht, Bedeutung d. Ovarium f. d. Entstehung dess. 227. —, sekundäre Charaktere 228. —, geistige Begabung b. weibl. 340.
Geschlechtskrankheiten s. Therapie.
Geschlechtsleben s. Sexualleben.
Geschlechtsorgane, b. Weibe (Anomalie) 8. (Ureterfisteln, Operation) 50. (Gonokokken im Sekret) 158. 159. 160. (Beziehung d. Erkrankungen zu Appendicitis) 183. (Verletzung b. Coitus) 188. 189. (Mikroorganismen in dens.) 222. —, Tuberkulose 41.
Geschlechtstrieb, Anomalien 71.
Geschmack, Physiologie 116. —, Wirkung d. Gymnemasäure auf dens. 117.
Geschwür, tuberkulöses an der Zunge 38. — S. a. Magengeschwür.
Geschwulst, zur Lehre von ders. 96. —, Entwicklung durch Impfung 124. —, Glykogenbildung in d. Umgebung 125. —, chorioepitheliale d. Uterus 252.

—, Entwicklung nach Verletzungen 254. —, teratoide d. Sacralgegend 255. — S. a. Adenom; Angiom; Cavernom; Cephalaematom; Deciduoma; Dermoidcyste; Dermoidgeschwulst; Dünndarm; Endotheliom; Fibrocystom; Fibrocystom; Fibrocystomyom; Fibroid; Fibrom; Fibromyom; Gummigeschwulst; Haematom; Hämorrhoiden; Hirngeschwulst; Hydatidengeschwulst; Kleinhirn; Lipom; Lymphangiom; Myom; Myxosarkom; Nabel; Nebenniere; Papillom; Sarkom; Speicheldrüsen; Teratom.
Gesellschaft, geburtshülfl. zu London, Verhandlungen 106. 110. 216. 220. 256.
Gesichtsfeld, Störungen 136.
Gesichtsschädel, Bezieh. zur Form d. Nasenhöhlen u. d. Gaumengewölbes 144.
Gesundheitspflege s. Schulgesundheitspflege.
Gewebe, Läsionen solch., Infektionen begünstigend 254.
Gicht, Behandlung 128.
Gift, in d. Milch 170. — S. a. Tetanusgift.
Giftigkeit d. Heroins 129.
Glaubersalz als Haemostaticum 239.
Glaukom, Theorie 66. —, entzündliches, Wesen 67. —, Behandlung durch Resektion d. Sympathicus 67.
Glykogen, Bildung in d. Geweben in d. Nähe von Tumoren 125.
Glykosurie, nach Unfallverletzung 25. —, während d. Puerperium 107. —, nach Vergiftung mit Curarin u. Protocurarin 133.
Gonococcus, Biologie 152. 153. 154. —, Nachweis 153. —, Toxine 153. —, Immunität gegen solch. 153. —, Lokalisation 153. —, in gonorrhoischen Metastasen 154. —, in d. Genitalien von Prostituirten 158. 159. 160.
Gonorol, gegen Tripper 249.
Gonorrhöe s. Tripper.
Graefe-Saemisch's Handbuch der gesammten Augenheilkunde (2. Aufl., herausgeg. von *Theodor Saemisch*) 104.
Greis, Tuberkulose b. solch. 45.
Grippe s. Pneumokokkengrippe.
Gummigeschwulst, d. Iris u. d. Ciliarkörpers 184. — S. a. Lymphom.
Gymnemasäure, Wirkung auf d. Geschmack 117.
Gynäkologie, troph. Störungen d. Harnblase nach Operationen 49. — S. a. Handbuch.

Haarnadel in d. Harnblase 112.
Haarzunge, schwarze, Histologie 146.
Hämangiom d. Leber 233.
Hämatom, d. Vulva, nach Coitus u. nach d. Entbindung 189.
Hämatometra, operative Behandlung 51. —, doppelte b. doppeltem Uterus 238.
Hämatomyelie, traumatische 24.
Hämatosalpinx, operative Behandlung 51. —, Blutabgang b. solch. 112.
Hämoglobinurie b. Chininvergiftung 243.
Hämorrhoiden, Excision 62.
Hämospermie b. Tripper 157.
Hämostatica, Stypticin 239. —, Natrium sulphuricum 239.
Hände, Desinfektion mit Seifenspiritus 175. —, symmetr. Difformität 190.
Häute, seröse, fibrinöse Entzündung durch Jodpräparate erzeugt 236.
Hals, Lymphadenitis, Behandl. von d. Tonsillen aus 145.
Hamamelitannin, Verhalten im Thierkörper 246.
Handbuch, d. prakt. Chirurgie (von *v. Bergmann*, *v. Bruns* u. *Mikulicz*, 1. Lief.) 102. —, d. gesammten Augenheilkunde (von *Theodor Saemisch*) 104. —, d. Gynäkologie (von *J. Veit*, III. Bd., 2. Hälfte, 1. Abth.) 211. —, d. Hygieine (von *Ferd. Hueppe*) 215.
Hanot'sche Krankheit 128.
Harn, Bestimmung d. Eiweisses 4. —, Kohlenstoffgehalt b. Fieber 14. —, Zucker in solch. im Puerperium 107. —, Verhältniss d. Kohlenstoffs zum Stickstoff 114. —, quantitative Bestimmung (d. Indicans) 115. (d. Quecksilbers) 115. —, Bestimmung d. Oxalsäure 115. —, Verhalten d. Gallenfarbstoffs in dems. b. Icterus neonatorum 115. —, Sekretion nach Vergiftung durch Curarin u. Protocurarin 133. —, Verhalten b. Epilepsie 140. —, Paraxanthingehalt b. Migräne u. Epilepsie 241. — S. a. Albuminurie; Cholesterinurie; Glykosurie.
Harnblase, Tuberkulose 41. —, troph. Störungen nach gynäkolog. Operationen 49. —, Einpflanzung d. Ureters in dies. bei Ureter-Uterusfistel 50. —, Missbildung 109. —, Haarnadel in ders. 112.
Harnleiter, Fisteln u. Verletzungen, Operation 49. —, Einpflanzung in d. Harnblase b. Uretero-Uterusfistel 50.
Harnleiter-Genitalfisteln, abdominale Uretero-Cysto-Anastomosis 50.
Harnorgane, Tuberkulose 41.
Harnröhre, Lokalisation d. Gonokokken in ders. 153. —, Querleiste b. Tripper 157. —, Mangel ders. 222. —, Infektionen b. Tripper (Technik) 246. 247. (Verschlussapparat) 247. —, Myxosarkom b. einem Kinde 265. — S. a. Tripper.
Harnsäure, Einfluss von Arzneimitteln auf d. Bildung u. Ausscheidung 114. —, Ausscheidung (durch die Nieren) 121. (unter physiolog. u. patholog. Verhältnissen) 122. — S. a. Diathese.
Harnstoff, quantitative Bestimmung 114. —, Gehalt d. Leber an solch. 114.
Hausthiere, Verletzung durch sexual psychopathische Menschen 71.
Haut, Veränderungen nach Contusionen 41. —, Tuberkulose 41. 65. —, Gangraen 147. —, Desinfektion mit Seifenspiritus 175. —, Carcinom 232.
Hautkrankheiten s. Alopecia; Area; Dermatitis; Dermographie; Herpes; Impetigo; Therapie.
Hautsinn, zur Physiologie 116.
Heilserum gegen Tetanus 75.
Heilstätten f. Tuberkulöse 47.
Heirathen, Zulässigkeit b. mit Tripper Behafteten 160.
Hemianopsie, einseitige homogene, cortikalen Ursprungs 136.
Hemiplegie, Muskelatrophie b. solch. 139. —, Contraktur b. solch. 139.
Heredität s. Erblichkeit.
Hermaphroditismus 8. 218. 257. — S. a. Pseudohermaphroditismus.
Hernia, diaphragmatica, angeborne 109. 229. —, cruralis, Lymphangiom d. Dünndarms in solch. 180.
Herniotomie b. Hernia cruralis 180.
Heroin, Giftigkeit 129.
Herpes zoster ophthalmicus 136.
Herz, patholog. Beziehungen zur Lunge 142. —, Thrombose b. Masern 172. —, Missbildung 218. — S. a. Endokarditis; Myokardium.
Herzbeutel s. Perikardium.
Herzkrankheiten, Bedeutung d. Erblichkeit 13. —, Bezieh. zur Menstruation 218.
Herztod, Bezieh. d. subpleuralen Ekchymosen zu solch. 71.
Heterotopie, innerer Organe 173. 229.
Hirngeschwulst, Entwicklung nach Kopfverletzungen 23. —, Diagnose 137.
Hirnhaut s. Meningitis.
Hirnnerven, Endigung 16.
Hirnphysiologie 86 flg. 101. 193 flg.
Hirnwindungen, Ausbildung 87.
Hode s. Testikel.
Hören, Farbenerscheinungen b. solch. 242.
Hornhaut s. Cornea; Keratitis; Keratomalacie.
Hüftgelenk, angeb. Luxation (Aetiologie) 63. (Therapie) 64.
Huhn, Doppeleier b. solch. 6. —, Immunität gegen Tetanus 72.
Hund, Tuberkulose b. solch. 30.
Hunger, Einfluss auf d. Eiweisszerfall 14.

Hydatidengeschwulst d. Beckenknochen 220.
Hydrargyrum, Anwendung b. Tuberkulose 44. —, quantitative Bestimmung im Harn 115. —, Anwendung in Säckchen 152.
Hydrastinum muriaticum, physiolog. Wirkung 238.
Hydrocephalus internus, Differentialdiagnose von Kleinhirngeschwulst 137.
Hydronephrose, Diagnose 264.
Hydrosalpinx, spontane Heilung 109.
Hygieine s. Handbuch.
Hymenalopis 244.
Hypnotica, Wirkungsweise 249,
Hyperthermie, Bedeutung f. d. Organismus 236.
Hysterektomie, wegen Uterusgeschwülsten 109. —, totale (Endresultate) 112. (wegen Krebs) 164. —, während d. Schwangerschaft wegen Myom 166. 251. 252. —, vaginale 251. —, abdominale 259. 262. 263.
Hysterie, traumatische 22 flg. —, Ptosis b. solch. 134. —, Epidemie in einer Schule 173.

Jahresbericht über Dr. *Schreiber's* Augenheilanstalt in Magdeburg 104.
Icterus neonatorum, Verhalten d. Gallenfarbstoffs im Harn 115.
Immigration, weisser Blutkörperchen 12.
Immunität, Erzeugung durch Antitoxin 11. —, d. Hühner gegen Tetanus 72. —, natürliche 123. —, gegen Gonokokken 153.
Impetigo vulgaris, Pathogenie u. Behandlung 146.
Impfung, experimentelle d. Malaria 123. —, Erzeugung von Geschwülsten durch solche 124.
Inanition, Einfluss auf d. Eiweisszerfall 14.
Indican, quantitative Bestimmung im Harn 115.
Indien, 21 Jahre daselbst (von *H. Breitenstein.* I. Theil: Borneo) 211.
Infektion, allgemeine b. Tripper 154. —, septische b. Neugebornen u. Säuglingen 171. —, durch Staphylokokken b. einem Kinde 171. —, Begünstigung durch Gewebeläsionen 254. — S. a. Superinfektion.
Infektionskrankheiten, zur Lehre von dens. 96.
Influenza s. Pneumokokkengrippe.
Inguinaldrüsen, Vereiterung b. Tripper 156.
Injektion, intradurale d. Tetanusantitoxins 77. 78. —, intravenöse von Kochsalzlösung 111. —, von Arsenik in d. Rectum 132.
Instinkte b. Thieren u. Menschen 82. 83 flg.
Institut, bakteriologisches, in Bremen 186.
Intermediärknorpel wachsender Röhrenknochen, Transplantation 176. 177.
Inunktionkur, Ersatz durch Quecksilbersäckchen 152.
Jod, fibrinöse Entzündung seröser Häute durch d. Präparate erzeugt 236.
Jodoform, Ersatz durch Amyloform u. Jodoformogen 19.
Jodoformogen, als Ersatz d. Jodoforms 19.
Iris, Gummigeschwulst 184.
Ischias b. Tripper 155.
Italien, Kindersterblichkeit 175.

Kälte, Einwirkung auf d. Gewebe 12.
Kältestarre d. Frösche, unentdeckt gebliebenes Augensymptom 121.
Kaiserschnitt, Vergleich mit d. Craniotomie 108. —, Verhalten d. Uterus u. d. Nieren nach dems. 108. —, Indikationen 108. —, vaginaler wegen Krebs während d. Schwangerschaft 251. —, nach *Porro* 257. 261.
Kali, hypermanganicum (Oxydation d. Eiweisses mit solch.) 3. (gegen Lupus) 43. (gegen Tripper) 247.
Kampher s. Oxycampher.
Katarrh s. Conjunctiva.
Kehlkopf s. Larynx; Thyreotomie.
Keimblatt, Entwicklung, patholog. Bedeutung 7.
Keratitis, neuroparalytische, Entstehung 25.
Keratomalacie b. Xerose d. Conjunctiva 66.
Keuchhusten, Nutzen d. Euchinins 18. —, Bakterien b. solch. 123.
Kiefer s. Unterkiefer.
Kieferklemme, durch Myositis d. M. masseter 178. —, durch Narben 178.
Kind, Orexinum tannicum gegen Anorexie 18. —, Tuberkulose (d. Pharynx) 45. (d. Leber) 45. —, in geburtshülfl. Beziehung (Behandl. d. Schultern b. Extraktion am Beckenende) 55. (Bezieh. d. Kopfform zum Gebärmechanismus) 169. (Verblutung während d. Geburt) 170. (Steisslage mit gestreckten Schenkeln) 262. —, Anatomie (d. Uterus, Beschaffenheit d. Schleimhaut) 109. 225. (d. Kehlkopfs) 119. —, rhythmisches Nicken u. Schütteln d. Kopfes 139. —, Tripper b. solch. 161. —, Behandlung d. Stuhlverstopfung durch Bauchmassage 170. —, lymphat. Diathese 171. —, Staphylokokkeninfektion 171. —, Pneumokokkengrippe 171. —, Epidemie von Erythema infectiosum 172. —, spontane Gangrän 173. —, plötzl. Tod in Folge von Vergrösserung d. Thymus 173. —, Behandlung d. Bronchitis u. Lungenatelektase mit Schultze'schen Schwingungen 174. —, rundes Magengeschwür 174. —, hämorrhag. Pleuritis 174. —, chron. Nephritis, cyklische Albuminurie 174. —, Dermoidcyste über d. grossen Fontanelle 174. —, Osteomalacie 174. —, Laugenvergiftung 187. —, Schädel- u. Rippenfrakturen, Bezieh. zur Geburt 189. —, Pyocyaneusseptikämie 230. —, Tannalbin u. Tannigen gegen Diarrhöen 240. —, Myxosarkom d. Urethra 260. — S. a. Neugeborne; Säugling.
Kinderkrankheiten, über d. Behandl. ders. (von *H. Naumann*) 105. — S. a. Lehrbuch; Vorlesungen.
Kinderlähmung, spinale Sehnentransplantation wegen solch. 59.
Kindermilch von *Backhaus* 170.
Kinderseuche, in d. Umgebung von Giessen 172.
Kindersterblichkeit, monatl. Schwankungen 175.
Kläranlage, *Schweder*'sche, in Grosslichterfelde 70.
Kleinhirn, Geschwulst, Differentialdiagnose von Hydrocephalus internus 137. —, Symptomatologie d. Erkrankungen (von *Arthur Adler*) 210. —, Tuberkulose 241.
Klimmzüge, als Ursache von doppelseit. Lähmung im Gebiete d. Plexus brachialis 27.
Kniegelenk, Tuberkulose, Wachsthumstörungen 64.
Kniereflex, Verhalten bei: Syphilis 26. Diabetes 26.
Kniescheibe, angeborner Mangel, Entstehung, Bedeutung 229.
Knochen, Tuberkulose 103. —, Vegetationstörungen u. Systemerkrankungen ders. (von *Maximilian Sternberg*) 100. —, Verhalten nach Replantation 177. — S. a. Krankheiten; Osteomalacie; Osteomyelitis; Röhrenknochen.
Knochengürtel in einer Dermoidcyste 112.
Knorpel s. Intermediärknorpel.
Kochsalzlösung, intravenöse Injektion b. Blutungen 111.
Körpertemperatur, Einfluss d. Eiweisszerfalls 14. —, an verschied. Stellen 141. —, unmittelbar nach d. Entbindung 217. —, hohe Steigerung, Wirkung 236. —, nach d. Tode 236. —, Verhalten b. d. Menstruation 263.
Kohlenstoff im Harn (b. Fieber) 14. (Verhältniss zum Stickstoff) 114.
Kolpeurynter, Anwendung b. Placenta praevia 262.
Kopf, rhythm. Nicken u. Schütteln 139. —, d. Kindes, Bezieh. d. Form zum Geburtsmechanismus 169.
Kopfblutgeschwulst, doppelseitige 111.
Kopftetanus, Behandlung 80.
Kopfverletzung, Entwickelung von Hirngeschwülsten nach solch. 23. —, Albuminurie nach solch. 25.
Krämpfe b. Erhenkten 242.
Krankheiten, d. Knochen u. Gelenke (von *K. Schuchardt*) 103. —, d. Mundes, d. Rachens u. d. Kehlkopfs (von *Albert Rosenberg,* 2. Aufl.) 213.
Krebs, d. Kehlkopfs, Radikaloperation 60. —, d. Uterus (d. Cervix) 109. (operative Behandlung) 163. 224. 264.

(Aetiologie) 163. (Totalexstirpation d. Uterus) 164. 251. 352. (b. Schwangerschaft) 213. 223. 251. 252. (Pathologie u. Therapie) 212. (primärer d. Corpus) 220. 260. 261. (b. Fibrom) 258. 259. (mit Pyometra) 264. —, Riesenzellen in solch. 124. —, Entwickelung durch Impfung 124. —, Nervenstörungen b. solch. 124. —, d. Vagina, Exstirpation ders. 162. —, d. Rectum, künst. Afterbildung 181. —, d. Oesophagus (Stenose, Gastrostomie) 179. (Durchbruch in d. Trachea) 234. —, d. Haut 232. —, primärer d. Tuba Fallopiae 220. —, Histologie 234. —, Zelleinschlüsse 234. —, Zunahme d. Häufigkeit 235. —, endem. Vorkommen 235. —, endothelialer, mit mehrkernigen Riesenzellen 235. —, der Brustdrüse (Ovariektomie) 253. (gleichzeitig mit Tuberkulose) 255.

Kreuzbein s. Sacralgegend.

Krystallisation d. Proteide 3.

Kuhmilch, Salzgehalt 113.

Kurzsichtigkeit, operative Behandlung 185.

Lähmung, d. N. facialis (anatom. Veränderungen) 16. (angeborne) 135. —, d. Trigeminus, Keratitis b. solch. 25. —, durch Luftdruck 26. —, im Gebiete d. Plexus brachialis durch Klimmzüge verursacht 27. —, Sehnentransplantation wegen solch. 59. — d. Augenmuskeln (traumat.) 134. (b. Zwillingsbrüdern) 134. —, d. Oculomotorius (periodische) 134. (einseitige b. progress. Paralyse) 135. —, Entbindung b. solch. 261. — S. a. Spinalparalyse.

Laktation, Einfluss auf Menstruation u. Schwängerung 257.

Laminektomie b. Cerebrospinalmeningitis 138.

Laparotomie, b. tuberkulöser Peritonitis 40. —, b. Beckenperitonitis 109. —, b. Extrauterinschwangerschaft 216. 256.

Largin gegen Tripper 249.

Larynx, Tuberkulose 38. 39. —, Carcinom, Radikaloperation 60. —, funktionelle Ausschaltung von Muskeln 118. —, Funktion d. einzelnen Muskeln 118. —, —, Anatomie b. Kinde 119. —, Ossifikation 119. —, Lymphgefässe u. Lymphwege 120. —, Anwendung d. Orthoforms b. Krankheiten dess. 132. —, Exstirpation, Technik 178. —, Krankheiten dess. 214. — S. a. Thyreotomie.

Lauge, Vergiftung b. Kindern 187.

Leber, Tuberkulose 40. 45. —, Harnstoffgehalt 114. —, adenoide Neubildung 128. —, Teleangiektasie 128. —, experimentelle Parenchymveränderungen 128. —, hypertroph. Syphilid 150. —, Stich- u. Schusswunden 182. —, Angiom, Hämangiom 233. —, multilocularer Echinococcus 243.

Lebercirrhose, hypertroph. mit ungewöhnl. Verlaufe 128. —, Melanoplakie der Mundschleimhaut 144. —, chirurg. Wiederherstellung d. Pfortadercirkulation b. solch. 183.

Lebervenen, Phlebitis obliterans als Todesursache 231.

Lehre von d. Geschwülsten u. Infektionskrankheiten (von *O. Lubarsch*) 96.

Lehrbuch d. Kinderkrankheiten (von *Adolf Baginsky*, 6. Aufl. I. Abth.) 105.

Leiche, Veränderungen von Blutextravasaten in ders. 12.

Leistendrüsen, Vereiterung b. Trippor 156.

Leistengegend, Adenomyom in ders. 125.

Leukocyten, Einwanderung 12.

Leukoplakie, d. Mundschleimhaut (b. Hautkrankheiten) 146. (Bezieh. zu Syphilis) 150.

Lichen scrophulosorum, tuberkulöse Natur 42.

Lichtstrahlen, concentrirte, Anwendung b. Alopecia areata 148.

Ligamentum latum (Durchbruch einer Tubenschwangerschaft in dass.) 107. (Fibromyom) 234. —, accessor. Nebenniere in solch. 263.

Ligatur, d. Art. uterinae (wegen Uterusblutung) 166. (wegen Myom) 167.

Lipom in d. Lumbalgegend 264.

Lithopädion neben frischer Tubenschwangerschaft 57.

Lobulus paracentralis, Riesenzellen in solch. 16.

Lochien, Zusammensetzung 111.

Lokalanästhesie, verschied. Mittel zu solch. 129.

Luftdruck, Lähmung durch solch. 26.

Luftwege, Syphilis d. obern, Diagnose u. Behandl. 149.

Lumbalgegend, Lipom 264.

Lumbalpunktion b. Tetanus traumaticus 74.

Lunge, patholog. Beziehungen zum Herzen 142. —, Gangrän nach Durchbruch eines Oesophaguskrebses in d. Trachea 234. —, Metastasen in ders. b. bösartiger Erkrankung d. Uterus 259.

Lungenatelektase b. kleinen Kindern, Behandlung mit *Schultze*'schen Schwingungen 174.

Lungenemphysem b. Masern 174.

Lungenkrankheiten, Bedeutung d. Erblichkeit 13.

Lungentuberkulose, Diagnostik 29. —, Entstehung, Aetiologie 29. —, Arten d. Uebertragung 32. 33. —, Magenstörungen b. beginnender 35. —, Entwickelung 37. —, Venenthrombose b. solch. 39. —, Verhütung 45.

Lupus, erythematosus (disseminatus, tuberkulöse Natur) 41. (discoides, tuberkulöse Natur) 42. (Behandlung) 149. —, Beziehung zu Tuberkulose 43. —, Behandlung (mit Tuberkulin) 43. (Kali hypermanganicum) 43. (Radikaloperation) 148.

Luxation d. Hüftgelenks, angeborne (Aetiologie) 63. Behandlung) 64.

Lymphadenitis am Halse, Behandlung von d. Tonsillen aus 145.

Lymphangiom, b. Kindern 171. —, d. Dünndarms 180. —, Bau u. Entwickelung 232. 233.

Lymphatismus b. Kindern 171.

Lymphdrüsen, d. Hodens 4. —, Tuberkulose 44.

Lymphgefässe, d. Hodens 4. —, d. Kehlkopfs 120. —, Hypertrophie 232.

Lymphom, gummöses, Histologie 150.

Lymphwege d. Kehlkopfs 120.

Mädchenschule, Epidemie von Hysterie in solch. 179.

Magen, Störungen b. beginnender Phthisis 35. —, totale Exstirpation, Folgen 180. — S. a. Gastrenterostomie; Gastrostomie.

Magengeschwür, Anwendung d. Orthoform 19. —, rundes b. Kindern 174.

Magenkrankheiten, gutartige, chirurg. Behandl. 179.

Malaria, Mikroorganismen ders. 123. —, experimentelle Impfung 123.

Mamma, Tuberkulose 41. —, Fehlen ders. 222. —, Seifencysten 253. —, Krebs 253. — S. a. Brustdrüse; Mastitis.

Mandeln s. Tonsillen.

Massage d. Unterleibs wegen Stuhlverstopfung b. Kindern 170.

Masseter s. Musculus.

Mastdarm s. Rectum.

Mastitis interstitialis b. Syphilis 151.

Meckel'sches Divertikel, Vorfall in d. Form einer Nabelgeschwulst 108.

Medicin, in Mekka 191. —, Einführung in d. Studium ders. 214.

Mekka, Medicin das. 191.

Melanoplakie d. Mundschleimhaut (b. Addison'scher Krankheit) 143. (b. Lebercirrhose u. Gallensteinen) 144.

Meningitis, tuberculosa (Vorkommen) 39. (b. Rückenmarkstuberkulose) 137. —, cerebrospinalis, Laminektomie 138.

Meningocele spuria 242.

Menstruation, Absonderung in d. Tuba Fallopiae 8. —, b. Retrodeviationen d. Uterus 109. —, Verhalten d. Cervikalkanals 217. —, Beziehung zu Herzkrankheiten 218. —, b. Affen 219. —, Einfluss d. Laktation 257. —, Verhalten d. Pulses u. d. Temperatur 263.

Meralgia paraesthetica 27.

Merkuriol, Anwendung b. Syphilis 152.

Metastasen, b. Tripper (Gonokokken in solch.) 154. (in d. Conjunctiva) 156. —, Bildung b. Endotheliom 176. —, b. Osteosarkom 234.
Meteorologie s. Witterung.
Migräne, mit Blutung in d. Augenhöhle 241. —, Nutzen d. doppeltkohlensauren Natron 241. —, Beziehung zu Paraxanthinvergiftung 241.
Mikrogyrie 16.
Mikrokokken in einem Uterusfibrom 109.
Mikroorganismen, b. Malaria 123. —, in d. weibl. Geschlechtstheilen 222.
Milch, Oralisin in ders. 3. —, Eiweisskörper in ders. 3. —, Uebertragung d. Tuberkulose durch solche 32. —, Vergiftung durch solche 170. — S. a. Frauenmilch; Kindermilch; Kuhmilch.
Milcheiweiss als Nährmittel 186.
Milz, Funktion 9.
Minenanämie 245.
Mineralwässer, Einfluss auf Sekretion u. Zusammensetzung d. Galle 9.
Mischnarkosen 19.
Missbildung, mit einfacher Nabelarterie 229. —, der obern Extremität 229. — S. a. Amputation; Anencephalus; Doppelbildungen; Foetus; Hände; Harnblase; Harnröhre; Hermaphroditismus; Herz; Rectum; Spina bifida.
Mole in d. Tuba 221.
Morbilli, Flecke auf d. Mundschleimhaut 172. —, mit Pemphigus 172. —, Emphysem b. solch. 172. —, Herzthrombose u. Embolie b. solch. 172.
Morbus, Addisonii (Veränderungen d. Centralnervensystems) 142. (Nebennierenerkrankung u. Bronzehaut) 143. (Melanoplakie der Mundschleimhaut) 143. —, Brightii, Schwangerschaft u. Geburt b. solch. 217.
Mord, Untersuchung d. Zurechnungsfähigkeit d. Mörders 190.
Morphinismus, Anwend. d. Dionins b. d. Abstinenzkur 129.
Morphologie, experimentelle 6.
Mortalität s. Kindersterblichkeit.
Mund, Melanoplakie d. Schleimhaut (b. Addison'scher Krankheit) 143. (b. Lebercirrhose u. Gallensteinen) 144. —, Leukoplakie d. Schleimhaut b. Hautkrankheiten 140. —, Flecke auf d. Schleimhaut b. Masern 172. —, Krankheiten dess. 214. —, Lymphangiom am Boden 243. — S. a. Stomatitis.
Mundspeicheldrüsen, Entwicklung u. Natur d. Geschwülste 123.
Musculus, masseter, Myositis als Ursache von Kieferklemme 178. —, rectus abdominis, Sphinkterbildung aus solch. b. Colostomie 181. —, obturator externus, Fibrom 253.
Muskelatrophie, b. organ. Hemiplegie 139. —, progressive spinale 139.
Muskeln, funktionelle Ausschaltung im Kehlkopfe 118. —, Funktion der einzelnen im Kehlkopfe 118. —, Pseudohypertrophie 139. — S. a. Augenmuskeln; Myokardium; Myositis.
Myelitis dorsalis, traumatische, Symptome 138.
Myokardium, Fragmentation, Beziehung zu plötzl. Tode 190.
Myom, d. Uterus (d. Cervix, operative Behandlung) 163. 258. 263. (Operation) 165. (Achsendrehung) 165. (Behandl. während d. Schwangerschaft) 166. (Ligatur d. Artt. uterinae) 167. (Gangrän) 219. (patholog. Veränderungen) 223. (fibrocystisches) 258. (abdominale Hysterektomie) 263. — S. a. Adenomyom; Fibromyom.
Myopie, operative Behandlung 185.
Myositis, d. Masseters als Urs. von Kieferklemme 178.
Myxosarkom, cystisches d. Dura-mater spinalis 138. —, d. Sehnerven 185. —, d. Harnröhre bei einem Kinde 260.

Nabel, Geschwulst durch Vorfall eines Meckel'schen Divertikels vorgetäuscht 108. —, Adenom 182.
Nabelarterie, Zerreissung während d. Geburt, Verblutung d. Kindes 170. —, einfache b. Missbildungen 223.
Nährzellen im Hoden 5.
Nahrungsmittel, Tropon 69. —, u. Genussmittel, d. wichtigsten vegetabilischen (von *A. E. Vogel*) 106.
Naht s. Schädel.
Narben, als Ursache von Kieferklemme 178.
Narcotica, Wirkung auf d. Blut 240.
Narkose, durch Mischungen erzeugt 19. 131.
Nase, äussere, Entzündung durch d. *Klebs-Loeffler'*schen Bacillus verursacht in d. Reconvalescenz von Scharlach 145. —, Syphilis 149.
Nasenhöhle, Verhalten b. verschied. Gesichtsschädelformen 144.
Nasenkrankheiten, Anwendung d. Orthoforms 132.
Nasenrachenraum, adenoide Geschwülste, als Urs. von Pseudocroup 243.
Nasenscheidewand, Abweichung der knorpligen, Operation 145. —, Papillom 145.
Natrium, sulphuricum, als Haemostaticum 239. —, bicarbonicum gegen Migräne 241.
Nebenhode s. Epididymis.
Nebenniere, primäre Geschwülste 127. —, Erkrankung b. Addison'scher Krankheit 143. —, accessorische im Ligamentum latum 263.
Nephritis, chronische b. Kindern 174. — S. a. Bright'sche Krankheit.
Nerven, Störungen b. Krebs 124. —, Einfluss d. Durchschneidung auf d. Heilung von Frakturen 183. — S. a. Hirnnerven.
Nervenkranke, Technisches u. Psychologisches in d. Beschäftigung ders. (von *A. Grohmann*) 102.
Nervenkrankheiten, nach Unfällen entstanden 19. —, Bezieh. zum Sexualleben 210.
Nervenzellen, primäre u. sekundäre Veränderungen 15.
Nervus, *facialis*, Lähmung (anatom. Veränderungen) 16. (angeborne einseitige) 135. —, *ischiadicus*, Neuralgie bei Tripper 155. —, *oculomotorius*, Lähmung (periodische) 134. (einseitige, anatom. Befund) 135. —, *opticus* (Myxosarkom) 185. (Anatomie d. Eintritts) 214. —, *sympathicus* (Resektion wegen Glaukom) 67. (Beziehung zu Addison'scher Krankheit) 142. —, *trigeminus*, Lähmung, Keratitis 25.
Netzhaut s. Retina; Retinitis.
Neugeborne, Argentumkatarrh bei solch. 57. —, Retroflexio uteri b. solch. 108. —, Ikterus, Verhalten d. Gallenfarbstoffs im Harne 115. —, Weinen u. Thränen b. solch. 121. —, sept. Infektion 171. —, Pemphigus, Staphylokokken b. solch. 172. —, Schädel- u. Rippenfraktur, Bezieh. zur Geburt 189. —, Anatomie d. Uterus 225.
Neuralgie d. Ischiadicus b. Tripper 155. — S. a. Epicondylalgie.
Neuron d. Ganglion ciliare 120.
Neurose s. Unfallneurose.
Nicken, rhythmisches 139.
Nicotin, chem. Constitution u. Wirkung 237.
Niere, Tuberkulose 41. —, Verhalten nach Kaiserschnitt 168. —, Ausscheidung d. Harnsäure durch solche 121. —, Beschaffenheit b. Eklampsie 217. — S. a. Bright'sche Krankheit; Hydronephrose; Nebenniere; Nephritis; Pyelitis.
Nierenkrankheiten, Bedeutung d. Erblichkeit 13.
Noma nach Scharlach 173.
Nystagmus b. Kindern 139.

Oberschenkel, Sensibilitätsstörung an solch. 27. —, Wachsthumsstörungen bei Tuberkulose d. Kniegelenks 64.
Obstetrical Society of London, Transactions 106. 110. 216. 220. 255.
Obstruktion b. Kindern, Behandl. mit Bauchmassage 170.

Oculomotorius s. Nervus.
Oesophagus, Stenose in Folge von Scharlachfieberdiphtherie 174. —, Resektion d. Halsabschnittes 178. —, Krebs (Stenose, Gastrostomie) 178. (Durchbruch in d. Trachea, Lungenbrand) 234.
Ohrspeicheldrüse s. Parotis.
Omentum, Transplantation b. Operationen in d. Bauchhöhle 181.
Oophorektomie wegen Krebs d. Mamma 253.
Ophthalmoplegie, traumatische 134. —, b. Syphilis 134. —, äussere b. Zwillingsbrüdern 134.
Oralisin in d. Milch 3.
Orexinum tannicum gegen Anorexie b. Kindern 18.
Orientirung, Centrum f. solche 136.
Orthoform, therapeut. Anwendung 19. —, in d. Rhinolaryngologie 132.
Ossifikation d. Larynx 119.
Osteomalacie, Heilung durch Castration 110. 257. —, b. Kindern 174.
Osteomyelitis, Behandlung 53.
Osteoplastik s. Amputation.
Osteosarkom, metastatisches 234.
Ovariektomie wegen Krebs d. Mamma 253.
Ovariotomie, während d. Schwangerschaft 107. —, Ovarienpapillom nach solch. 112. —, Ligatur d. Stumpfes 112. —, im Greisenalter 224. —, bei Ovariencysten 264.
Ovarium, Dermoidgeschwulst 109. 261. —, Papillom nach doppelseit. Ovariotomie 112. —, Teratom, Histogenese 126. —, Dermoidcyste, Histogenese 126. 127. —, Cyste (während der Schwangerschaft) 217. (mit Dilatation der Tuba) 224. (epithelialer Natur) 235. (Achsendrehung) 264. (Ovariotomie) 264. —, Fibrom 220. 260. 264. —, Abscess mit Entzündung d. Beckenzellgewebes 220. —, Cirrhose 220. —, Vereiterung nach d. Entbindung 222. —, Deciduazellen ähnliche Wucherung auf dems. bei Schwangerschaft 227. —, Bindegewebezellen in solch. b. d. Schwangerschaft 227. —, Bedeutung f. d. Entstehung d. Geschlechts 227. —, Geschwulst (solide) 260. (mit Corpus luteum) 260. (Geburtsstörung) 262.
Oxalsäure, Bestimmung im Harn 115.
Oxaphor, Wirkung gegen Dyspnöe 18.
Oxycampher, Wirkung gegen Dysvnöe 18.
Ozaena, Behandl. mit Elektrolyse 145.

Pankreas, Tuberkulose 38. —, Geschwulst d. Kopfes, Cholecystogastrostomie 182.
Papillom, d. Ovarium nach doppelseit. Ovariotomie 112. —, d. Conjunctiva 184.
Parästhesie am Oberschenkel 27.
Paraldehyd, Wirkung u. Ausscheidung 129.
Paralyse, allgemeine progressive (einseitige Oculomotoriuslähmung b. solch.) 135. (als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis) 242. — S. a. Lähmung.
Paranoia, akute 28.
Paraurethrale Gänge, isolirter primärer Tripper in solch. 158.
Paraxanthin, Bezieh. zu Migräne u. Epilepsie 241.
Parenchym d. Leber, experiment. Veränderungen 128.
Parotis, Tuberkulose 38.
Parovarialcyste 109. 219.
Patella, angeb. Mangel, Entstehung, Funktion 229.
Patellarreflex, Verhalten bei: Syphilis 26. Diabetes 26.
Pathologie u. Therapie, specielle (herausgeg. von *Herm. Nothnagel*) 98.
Pemphigus, bei Masern 172. —, d. Neugeborenen, Staphylokokken b. solch. 172.
Penis, Epitheliom 234.
Perforation d. Kindeskopfs b. d. Entbindung 169.
Perikardium, Tuberkulose 39.
Peritonaeum, Bildung von Adhäsionen 12. —, Tuberkulose (Laparotomie) 40. (Heilung durch Röntgenstrahlen) 40. —, Deciduazellen ähnl. Wucherungen auf dems. b. Schwangerschaft 127. —, Endotheliom 235. —, Verhalten d. Epithels b. d. Entzündung 236.
Peritonitis, tuberkulöse (Laparotomie) 40. (Heilung durch Röntgenstrahlen) 40. —, im Becken, Laparotomie 109. —, Verhalten d. Epithelien 236.
Perityphlitis, recidivirende, Radikaloperation 61.
Perivaginitis phlegmonosa dissecans 51.
Pertussis s. Keuchhusten.
Pfortader s. Vena portae.
Pharynx, Tuberkulose 38. 45. —, Bewegungen 117. —, Krankheiten 214. —, behaarter Polyp 233. — S. a. Nasenrachenraum.
Phenol, quantitative Bestimmung im Harne 115.
Phlebitis obliterans d. Lebervenen als Todesursache 231.
Phlegmasia alba dolens, Formen 222.
Phosphor, Einfluss d. Gehalts d. Eiweisskörper an solch. auf d. Stoffwechsel 9.
Phosphorsäure, Ausscheidung nach d. Castration 228.
Phototherapie b. Alopecia areata 148.
Phrenologie 88. 205.
Physiologie d. Gehirns 86. 101. 193.
Piperidin, chem. Constitution, Wirkung 237.
Placenta, Bildung ders. 7. —, praevia centralis (Drillinge b. solch.) 111. (Behandlung mit d. Kolpeurynter) 262. —, Insertio velamentosa, Zerreissung einer Nabelarterie, Verblutung d. Kindes 170. —, normale Struktur 220. —, Polyp 221. —, Sitz 226. —, normale u. patholog. Anatomie 226. 256. —, Veränderungen nach d. Tode d. Foetus 256.
Plasmodien b. Malaria 123.
Pleura, Endotheliom 235.
Pleuritis, tuberkulöse 39. —, hämorrhag. b. Kindern 174. —, purulente, durch Streptokokken verursacht 244.
Plexus brachialis, doppelseit. Lähmung, durch Klimmzüge verursacht 27.
Pneumokokkengrippe b. Kindern 171.
Pneumoniebacillus *Friedländer's*, in Tubeneiter 52.
Polyp, d. Placenta 221. —, behaarter d. Rachens 233.
Porro-Operation, intraperitonäale Stielversorgung 257. 261.
Präparate, anatomische, Conservirung mit Formalin 71.
Primordialei, Theilungsvorgänge 5.
Processus vermicularis s. Appendicitis.
Prostatitis b. Tripper 156. 157.
Prostituirte, Gonokokken im Genitalsekret 158. 159. 160.
Protargol, Anwendung b. Tripper 248. 249.
Protargolglykuron, Injektion d. Lösung zur Prophylaxe d. Trippers 246.
Proteide, Krystallisation 3.
Protocurarin, Vergiftung, Harnausscheidung u. Glykosurie nach solch. 133.
Protoplasma, Knospung an Epithelzellen 116. —, Struktur in d. Epidermiszelle 116.
Pseudocroup, Aetiologie 243.
Pseudohermaphroditismus 8.
Pseudohypertrophie d. Muskeln 139.
Pseudotetanusbacillus d. Darms 73.
Pseudotuberkelbacillen 35.
Psoriasis, Leukoplakia oris b. solch. 146.
Psychiatrie, Beziehung *Gall's* zu solch. 81.
Psychologie, vergleichende 101. —, *Gall's* 202 flg.
Ptosis, b. Hysterie 134. —, b. Zwillingsbrüdern 134.
Puerperaleklampsie, Verhalten d. Niere 217.
Puerperalfieber, Bakterien im Uterussekret 53. 231. —, Begriff 53. 54. —, Meldepflicht 53. —, Anwendung d. Antistreptokokkenserum 54. —, Einfl. d. meteorol. Verhältnisse 111. —, Entstehung, Verbreitung 111. —, Sterblichkeit an solch. in England 262.
Puerperium, Zucker im Harn während dess. 107. —, Stand d. Uterus während dess. 221.
Puerperaltetanus, Behandlung 75.
Puls, Veränderungen d. Spannung 14. —, Verhalten b. d. Menstruation 263.

Pupille, Centrum f. d. Bewegungen 120. —, Abschluss 120. —, Verhalten b. allgem. progress. Paralyse 135. —, Vorstellungsreflexe 135.
Pyelitis, chronische, Diagnose 141.
Pyocyaneus s. Bacillus.
Pyometra b. Cervixcarcinom 264.
Pyosalpinx, Operation 109. 224. —, doppelseitige 224.

Quecksilber s. Hydrargyrum.
Querleiste d. Harnröhre b. Tripper 157.
Quetschung, Veränderungen d. Haut nach solch. 12. —, d. Gewebe, Begünstigung von Infektion durch solche 254.

Rachen s. Pharynx.
Radiotherapie b. tuberkulöser Peritonitis 40.
Rectococcygopexie, zur Behandlung d. Mastdarmvorfalls 62.
Rectopexie, zur Behandl. d. Mastdarmvorfalls 62.
Rectum, Vorfall, operative Behandlung 62. —, Missbildung 109. —, Anwend. d. Arseniks von dems. aus 132. —, Gonorrhöe 158. —, Krebs, künstl. Afterbildung 181. — S. a. Hämorrhoiden.
Recurrens s. Typhus.
Reflex s. Kniereflex.
Regenbogenhaut s. Iris.
Resektion, d. Sympathicus wegen Glaukom 7. —, d. Halsabschnitts d. Oesophagus 178.
Respiration, Verhalten während d. Geburt u. d. Wochenbetts 221.
Rete Malpighii, Bau 4.
Retina, Ablösung, operative Behandlung 67. —, Embolie d. Centralarterie 68. —, Lokalisation d. Bilder b. Strabismus alternans 121. —, Störungen d. Sehfelds 136.
Retinitis haemorrhagica in Folge von Endarteriitis proliferans 68.
Retroflexio uteri (b. Neugeborem) 108. (lokale Symptome) 112.
Rhachischisis 257.
Rheumatismus, b. Tripper 155. — S. a. Gelenkrheumatismus.
Rhinitis, äussere, in d. Reconvalescenz von Scharlach, durch d. *Klebs-Loeffler*'schen Bacillus verursacht 145.
Rieselfelder, Anlage u. Betrieb 69.
Riesenzellen, verschied. Typen im Lobulus paracentralis 16. —, Bildung im Carcinom 124. —, mehrkernige in Epithelialgeschwülsten 234.
Rippen, Fraktur b. einem Neugebornen, Bezieh. zur Geburt 189.
Röhrenknochen, wachsende, Transplantation d. intermediären Knorpels 176. 177.
Röntgenstrahlen, Heilung von tuberkulöser Peritonitis durch solche 40.
Rose, Rothlauf s. Erysipelas.
Rubeola, Epidemie 171.
Rückenmark, Veränderungen (b. Embolie d. Aorta abdominalis) 26. (b. Tetanus) 74. —, Cocainisirung 130. —, primäre Tuberkulose 137. —, Myxosarcoma cysticum d. Dura-mater 138. —, Muskelatrophie von solch. ausgehend 139. — S. a. Hämatomyelie; Spinallähmung; Syringomyelie.

Saccus lacrymalis, primitive Tuberkulose 65. — S. a. Thränensack.
Sacralgegend, teratoide Geschwülste 255.
Säugling, Tuberkulose 44. —, sept. Infektion 171. —, Pyocyaneusinfektion 230.
Salicin, Wirkung auf d. Blut 239.
Salicylsäure, äusserl. Anwendung 18.
Salpingitis, isthmica nodosa gonorrhoica 51. —, *Friedlaender's* Pneumoniebacillus im Eiter 52.
Salpinx s. Hydrosalpinx; Pyosalpinx; Tuba.
Salz, Gehalt d. Frauen- u. Kindermilch an solch. 113.
Same s. Hämospermie; Sperma.
Samenbläschen s. Spermatocystitis.
Samenflecke, Untersuchung 71.
Sandelholzöl gegen Tripper 250.
Sarkom, d. Uterus (Histologie u. Histogenese) 165. (d. Körpers) 223. 264. (d. Cervix) 259. —, primäres d. Vagina 250. —, d. Chorioidea, Diagnose 256. — S. a. Myxosarkom; Osteosarkom.
Scapula, Reibegeräusch unter ders. b. Syphilis 151.
Scarlatina, äussere Rhinitis nach solch. 145. —, Noma nach solch. 173. —, Diphtherie, Oesophagusstenose 174.
Schädel, vorzeitige Verknöcherung d. Nähte, Kraniektomie 28. —, Bezieh. zum Gehirn 93. 202. —, Fraktur b. einem Neugebornen, Bezieh. zur Geburt 189. — S. a. Gesichtsschädel.
Schamfugenschnitt s. Symphyseotomie.
Scharlachfieber s. Scarlatina.
Schenkelbruch s. Hernia cruralis.
Schielen s. Strabismus.
Schilddrüse, Wirkung d. Extraktes auf Uterusmyome 17. —, Eiweisskörper ders. 113. — S. a. Thyreoidin.
Schlafmittel, Paraldehyd 129.
Schleimhaut s. Gebärmutter; Mund; Tuba; Vagina.
Schlummerzellen 12.
Schmierkur, Ersatz durch Quecksilbersäckchen 152.
Schmierseife, Einreibung mit solch. gegen tuberkulöse Leiden 48.
Schönheit d. weibl. Körpers (von *C. H. Stratz*) 211.
Schütteln, d. Kopfes, rhythmisches 239.
Schule, Epidemie von Hysterie in solch. 173.
Schulgesundheitspflege (von *Eulenberg* u. *Bach*, 2. Aufl., 7. u. 8. Lief.) 216.
Schulterblatt s. Scapula.
Schultze'sche Schwingungen, Anwendung bei Bronchitis kleiner Kinder 174.
Schusswunden d. Leber 182.
Schwängerung, Einfluss d. Laktation 257.
Schwangerschaft, Bakterien in d. Vagina während ders. 52. —, im rudimentären Uterushorn 55. 217. 221. 260. —, in d. Tuba Fallopiae 56. 168. —, Ovariotomie während ders. 107. —, Erbrechen, Aetiologie 110. —, Gelüste 110. —, Amputation d. Uterus wegen Myom während ders. 168. —, Drüsen in d. Uterusmuskulatur 168. —, b. Gebärmutterkrebs 213. 223. 251. 252. —, mit Ovariencyste 217. —, b. Morbus Brightii 217. —, Abscess d. Bauchdecken während ders. 218. —, grosszellige, deciduazellenähnl. Wucherungen auf d. Peritonaeum u. d. Ovarien 227. —, Bindegewebezellen im Ovarium 227. —, Hysterektomie wegen Krebs während ders. 251. 252. —, intraligamentäre 257. —, Operation eines Ovarialdermoids während ders. 262. — S. a. Abdominalschwangerschaft; Extrauterinschwangerschaft; Puerperium; Tubenschwangerschaft.
Schwingungen, *Schultze*'sche, Anwendung b. Bronchitis kleiner Kinder 173.
Scrofulose, Beziehung zu Tuberkulose 42. —, zur Statistik 57.
Sedativa, Wirkungsweise 240.
Seekalb, Septikämie b. solch. 231.
Seeleneigenschaften b. Thieren 81 flg.
Sehfeld, Störungen 136.
Sehnen, Ueberpflanzung wegen Lähmungen 59.
Sehnenreflex s. Kniereflex.
Sehnerv s. Nervus.
Seide, Eiweisskörper in solch. 3.
Seife s. Schmierseife.
Seifencysten d. Mamma 253.
Seifenspiritus, Desinfektion d. Haut u. d. Hände mit solch. 175.
Sektionstechnik (von *C. Nauwerck*) 97.
Sensibilitätsstörung, am Oberschenkel 27.
Sepsis b. Neugebornen u. Säuglingen 171.
Septikämie, durch d. Bacillus pyocyaneus verursacht 230. —, b. einem Seekalbe 231.
Septum, narium (Deviationen, Operation) 145. (Papillom) 145.
Seröse Häute, fibrinöse Entzündung durch Jodpräparate erzeugt 236.

Serum s. Antistreptokokkenserum.
Serumtherapie b. Tetanus 75.
Sexualleben, Anomalien, Behandlung 210. —, u. Nervenleiden (von *L. Loewenfeld*) 210.
Silber, Nutzen verschied. Präparate b. Tripper 245. 246. 247. 248. — S. a. Argentum.
Simulation einseitiger Blindheit 23.
Sinne, zur Physiologie 116. —, Schärfe b. Blinden 120.
Sinnesorgane, Histologie 117.
Situs inversus viscerum 173. 229.
Smegmabacillen, Unterscheidung von Tuberkelbacillen 34.
Solutio Fowleri, Anwendung vom Rectum aus 132.
Speicheldrüsen, Geschwülste 123.
Speichelsteine, Bezieh. von Bakterien zur Entstehung 243.
Speiseröhre s. Oesophagus.
Sperma, Nachweis 71.
Spermatocystitis b. Tripper 156. 157.
Sphinkter, Bildung aus d. Rectus abdominis b. d. Colotomie 181.
Spina bifida sacralis 112.
Spinallähmung, infantile, Sehnentransplantation b. solch. 59. —, syphilitische, anatom. Veränderungen 138.
Spinalpunktion b. Tetanus traumaticus 74.
Spiritus s. Seifenspiritus.
Spondylitis, zur Statistik 62.
Spreewasser, Veränderungen auf d. Laufe durch Berlin 187.
Spüljauche, städtische, Behandlung 69.
Sputum, Uebertragung d. Tuberkulose durch solch. 32.
Staphylococcus pyogenes bovis 230.
Staphylokokken, b. Pemphigus neonatorum 172. —, b. purulenter Pleuresis 243.
Staub, Tuberkelbacillen in solch. 33.
Stein s. Gallensteine; Speichelstein.
Steinkind s. Lithopädion.
Steisslage mit gestreckten Schenkeln 262.
Stenose, d. Oesophagus durch Krebs, Gastrostermie 179. —, d. Dünndarms, mehrfache 180.
Sterblichkeit s. Kindersterblichkeit; Puerperalfieber.
Sterilität, Bezieh. zu Tripper 161.
Stichwunden d. Leber 182.
Stickstoff, Verhältniss zum Kohlenstoff im Harn 114. —, Steigerung d. Ausscheidung vor d. Tode 122.
Stoffwechsel, Einfluss d. Phosphorgehalts d. Eiweisskörper 9.
Stomatitis gonorrhoica 155.
Strabismus, alternans, Lokalisation d. Netzhautbilder 121. —, operative Behandlung 185.
Strophantin, neues Präparat 71.
Studium d. Medicin, Einführung in dass. 214. —, d. Frauen 340.
Stuhlverstopfung, b. Kindern, Behandlung durch Bauchmassage 170.
Stypticin, als Hämostaticum 239.
Suggestion, gegen Anomalien d. Geschlechtslebens 210.
Superinfektion b. chron. Tripper 183.
Symphyseotomie, Indikationen 218. —, späterer Befund 222.
Syphilid, hypertroph. d. Leber 150.
Syphilis, Verhalten d. Kniereflexe 26. —, Ophthalmoplegie b. solch. 134. —, Spinalparalyse b. solch. 138. —, d. obern Luftwege, Diagnose u. Behandlung 149. —, diagnost. Bedeutung d. Dysphagie 149. —, Bezieh. zu Leukoplakie d. Mundschleimhaut 150. —, Erkrankung d. Gaumens 150. —, Reibegeräusch unter d. Scapula b. solch. 151. —, zeitiger Eintritt d. tertiären Periode 151. —, Behandl. (mit Merkuriol) 152. (mit Quecksilberpräparaten) 152. —, interstitielle Mastitis b. solch. 151. —, hereditäre, Dementia paralytica als einziger Ausdruck ders. 242. — S. a. Lymphom.
Syringomyelie, Symptome 138.

Taenia nana, Vorkommen in Deutschland 244.
Tangkiu, als Emmenagogum 129.
Tannalbin, gegen Diarrhöe b. Kindern 240.
Tannigen, gegen Diarrhöe b. Kindern 240.
Taubheit, Sinnesschärfe b. solch. 120.
Technik s. Sektionstechnik.
Teleangiektasie, d. Leber 128. —, Bau u. Entwicklung 232.
Teratom d. Ovarium, Histogenese 126.
Testikel, Lymphgefässe u. Lymphdrüsen 4. —, Nährzellen in dems. 5. —, Entzündung b. Tripper 161.
Tetanus, Behandlung (Antitoxin) 71. 74. 76. 77. 78. (intradurale Einspritzung von Antitoxin) 77. 78. (Serumtherapie) 75. (Gehirnemulsion) 76. (Carbolsäure) 79. —, Immunität d. Hühner 72. —, antitox. Eigenschaften d. Galle 72. —, Verhalten d. Ganglienzellen 73. —, Veränderungen im Rückenmark 74. —, rheumaticus, Behandlung 74. —, toxische Eigenschaften d. Cerebrospinalflüssigkeit 75. —, traumaticus (Behandlung) 74. 75. (Lumbalpunktion) 74. (spontane Heilung) 75. (nach Bauchoperationen) 80. —, Amputation wegen solch. 80. —, puerperalis (Behandlung) 75. (Symptome) 80. —, cephalicus, Behandlung 80.
Tetanusbacillen, aërob. Verhalten 72. —, in d. Organen 72. 73.
Tetanusgift, Wirkung 72. —, Eingangspforten 73. 80.
Therapeutische Leistungen d. J. 1898 (von *Arnold Pollatschek*) 105.
Therapie, d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten (von (*Mraček*) 105. —, d. anomalen Vita sexualis (von *A. Fuchs*) 210. — S. a. Pathologie.
Thiere, Tuberkulose b. solch. 30. —, Seeleneigenschaften 80. — S. a. Hausthiere.
Thränen b. Neugebornen 121.
Thränendrüse, cystische Erweiterung d. Ausführungsgänge 65.
Thränensack, pathol. Anatomie d. Erkrankungen 65. —, primitive Tuberkulose 65.
Thrombose, d. Venen (b. Tuberkulose) 39. (infektiösen Ursprungs) 231. —, d. Herzens b. Masern 172.
Thymus, Funktion 9. —, plötzl. Tod durch Vergrösserung ders. 173. —, epitheloide Umwandlung 231.
Thyreoidin, Anwendung b. Entfettungskuren 17.
Thyreotomie wegen Kehlkopftuberkulose 39.
Tod, Steigerung d. Stickstoffausscheidung vor dems. 122. —, plötzlicher (durch Vergrösserung d. Thymus) 173. (Bezieh. zu Fragmentatio myocardii) 190. —, Temperatur nach dems. 236. — S. a. Herztod.
Tonsillen, Bedeutung 117. —, Behandl. d. Lymphadenitis cervicalis von solch. aus 145. —, knorplige u. knöcherne Knötchen in dens. 145.
Toxine, d. Gonokokken 152. — S. a. Antitoxine.
Trachea, Compression durch d. Thymus, plötzl. Tod 173. —, Durchbruch eines Oesophaguskrebses in dies. 214.
Traitement des dermatoses (par *L. Brocq*) 106.
Transactions of the obstetrical Society of London 106. 110. 216. 220. 255.
Transplantation, von Sehnen wegen Lähmungen 59. —, d. Intermediärknorpels wachsender Röhrenknochen 176. 177. —, von Omentum b. Operationen in d. Bauchhöhle 181.
Trepanation, behufs intraduraler Injektion von Tetanusantitoxin 78.
Trichinose, sporadische, Diagnose 244.
Triebe b. Thieren 81 flg.
Trigeminus s. Nervus.
Tripper, b. Weibern (Vaginitis) 51. 158. 161. (Salpingitis isthmica nodosa) 51. (Diagnose) 159. (Behandlung) 250. (Aetiologie) 258. —, Dermographie nach solch. 148. —, Immunität u. Superinfektion b. chron. 153. —, Verlauf 153. —, Metastasen (Gonokokken in solch.) 154. (in d. Conjunctiva) 156. —, patholog. Veränderungen 154. —, Endokarditis 154. —, Allgemeininfektion 154. —, Arthritis 154. 155. —, Ischias 155. —,

Stomatitis 155. —, Epididymitis 156. —, Vereiterung d. Inguinaldrüsen 156. —, Prostatitis 156. 157. —, Spermatocystitis 156. 157. —, Hämospermie 157. —, Querleiste in d. Harnröhre 157. —, isolirter primärer d. paraurethralen Gänge 158. —, d. Rectum 158. —, Bezieh. zu Sterilität 161. —, Heirathen b. solch. 160. —, Hodenentzündung 161. —, b. Kindern 161. —, Behandl. (übermangans. Kali) 247. (Airol) 248. (Protargol) 248. 249. (Irrigation) 249. (Largin) 249. (Gonorol) 249. (Oleum Santali) 250. —, Prophylaxe 245. 246. —, Kriterium d. Heilung 250. — S. a. Urethritis.
Tripperrheumatismus 154. 155.
Tropon, Nährwerth 69.
Tuba Fallopiae, Absonderung d. Menstruation in ders. 8. —, Tuberkulose 13. 40. 250. —, *Friedlaender's* Pneumoniebacillen im Eiter 52. —, Dilatation b. Ovariencyste 224. —, primäres Carcinom 220. — S. a. Hämatosalpinx; Hydrosalpinx; Pyosalpinx; Salpingitis; Tubenschwangerschaft.
Tubenschwangerschaft, Strukturveränderungen in d. Wand 56. —, wiederholte 57. —, Austritt d. Foetus mit d. Häuten 107. —, Durchbruch in d. Ligam. latum 107. —, Anatomie 168. —, frühzeit. Unterbrechung, Behandlung 168. —, Fälle 216. —, frühzeitiges Ei 216. —, Abortus 217. 221. —, Molenbildung 221. —, Ruptur 256. —, Complikationen 261. — S. a. Tubo-Uterinschwangerschaft.
Tuberkel, im Kleinhirn 241.
Tuberkelbacillen, im Staub 33. —, Agglutination 33. —, Unterscheidung von Smegmabacillen 34. —, verruköse Endokarditis durch solche erzeugt 39.
Tuberkulin, diagnost. Werth 35. —, Anwendung b. Lupus 43. —, Wirkung 48.
Tuberkulose, Aetiologie, Entstehung 29. 30. —, Diagnose 30. 35. —, b. Thieren 30. —, Vererbung 32. —, Uebertragung durch: Milch 32. Butter 32. Sputa 32. —, Beförderung durch Alkohol 33. —, Bezieh. zu Verletzungen 33. —, spermigener Bacillus b. solch. 34. —, Formen 36. —, Sitz u. primäre Entwicklung in d. Lungen 37. —, d. Pharynx 38. 45. —, Zungengeschwüre 38. —, d. Parotis 38. —, d. Pankreas 38. —, d. Kehlkopfs 38. 39. —, Meningitis 39. —, Pleuritis 39. —, d. Herzbeutels 39. —, d. Aorta 39. —, d. Knochen u. Gelenke 40. 64. (von *F. Krause*) 103. —, d. Peritonaeum (Laparotomie) 40. (Heilung durch Röntgenstrahlen) 40. —, d. Leber 40. 45. —, d. Tuba Fallopiae 40. 250. —, d. Uterus 41. 49. —, Exanthem 41. 42. —, d. Nieren 41. —, d. Urogenitalorgane 41. —, d. Harnblase 41. —, d. Mamma 41. —, d. Auges 41. —, Bezieh. zu Scrofulose 42. —, Bezieh. zu Lupus 42. —, Behandlung (Quecksilberpräparate) 44. (in Heilstätten) 47. (Zimmtsäure) 48. (Schmierseife) 48. —, d. Lymphdrüsen 44. —, b. Säuglingen 44. —, b. Greisen 45. —, Verhütung 45 flg. —, primitive d. Augenlidhaut u. d. Thränensacks 65. —, primäre d. Rückenmarks 137. —, lokale, Nutzen d. Formalins 176. —, d. Brustdrüse mit Krebs 255.
Tuberkulosecongress, in Frankreich 32. —, in Berlin 48.
Tubo-Uterinschwangerschaft 221.
Turnen s. Klimmzüge.
Tussis convulsiva, Nutzen d. Euchinins 18.
Typhus recurrens, Bacillus b. solch. 111.

Ulna, Epicondylalgie 27.
Unfall, Nervenkrankheiten nach solch. 19. 22. —, Glykosurie nach Verletzung b. solch. 25. — S. a. Eisenbahnunfall.
Unfallsneurosen 19. 22.
Unfallspraxis, augenärztliche (von *Maschke*) 214.
Unfruchtbarkeit, Bezieh. zu Tripper 161.
Unterbindung, d. Artt. uterinae (wegen Blutung) 166. (wegen Myom) 167.
Unterkiefer, Exostosen 177.
Unterleib, Massage wegen Stuhlverstopfung b. Kindern 170.
Unterleibshöhle, Eröffnung vom kleinen Becken aus 62. —, Operationen in solch. (Tetanus danach) 80. (Compression d. Aorta) 167. (Transplantation von Omentum) 181. —, Sektionstechnik 98. —, Austritt d. Foetus in dies. b. Extrauterinschwangerschaft 107. 256. — S. a. Abdominalschwangerschaft.
Unterrichtstafeln, augenärztliche (herausgegeben von *H. Magnus*. VII, XVI) 214.
Unterschenkel, osteoplast. Operation 184.
Urachus, offengebliebener, Cystenbildung 124.
Ureter, Fisteln, Operation 49. 50. —, operat. Einpflanzung in d. Blase 50.
Ureter-Genitalfisteln, operative Behandlung 50.
Uretero-Cysto-Anastomosis, abdominale 50.
Urethritis, posterior, Diagnose 157. — S. a. Harnröhre.
Uterus, septus, Entbindung b. solch. 168. —, didelphys 223.
Uvula, Anomalien 144.

Vagina, Bakterien in solch. während d. Schwangerschaft 52. —, Verletzung durch Exploration 71. —, Adenomyom im Gewölbe 125. —, Exstirpation (wegen Carcinom) 162. (wegen Vorfall ders. u. d. Uterus) 162. —, Fibromyom 162. —, gutartige Hypertrophie d. Drüsen 162. —, Cyste, Bildung aus d. Gärtner'schen Gang 219. —, Beschaffenheit d. Sekrets 219. —, Schleimhautausguss 223. —, primäres Sarkom 250. —, primäres Epitheliom 258. —, doppelte 258. — S. a. Colpotomie; Perivaginitis.
Vaginitis gonorrhoica 51. 158. 161.
Vena, portae, chirurg. Wiederherstellung d. Cirkulation in ders. b. Lebercirrhose 183. —, hepatica, Phlebitis obliterans als Todesursache 231.
Venen, Thrombose (b. Tuberkulose) 39. (infektiösen Ursprungs) 231. —, Injektion von Kochsalzlösung in solche 111.
Venus cruenta violans 188.
Verblutung d. Kindes während d. Geburt 170.
Verbrecher, Beurtheilung d. Geisteszustands 70. 190.
Verdauung d. Eiweisskörper 4.
Verdauungsorgane, Bedeutung b. Erblichkeit b. d. Krankheiten 13.
Vergiftung s. Chinin; Curarin; Lauge; Milch; Protocurarin.
Verknöcherung d. Kehlkopfs 119.
Verletzungen, b. Unfall, Glykosurie nach solch. 25. —, Beziehung zur Entstehung von Tuberkulose 33. —, d. Auges (von *E. Praun*) 105. —, Bezieh. zur Entstehung von Geschwülsten 254. — S. a. Eisenbahnunfall; Gebärmutter; Geschlechtsorgane; Hämatomyelie; Harnleiter; Hausthiere; Hysterie; Kopfverletzung; Myelitis; Schusswunde; Stichwunde; Unfallneurosen; Vagina.
Volksmedicin in Mekka 191.
Vorlesungen über Kinderkrankheiten (von *Ed. Henoch*, 10. Aufl.) 100.
Vorstellung, Pupillenreflexe durch solche erregt 135.
Vulva, Hämatom nach d. Coitus u. nach d. Entbindung 189.
Vulvovaginitis, gonorrhoische, b. Kindern 161.

Wachsthum, Störung am Oberschenkel b. Tuberkulose d. Kniegelenks 6.
Warzen, Entwicklung durch Impfung 124.
Wasser s. Mineralwasser; Spreewasser.
Weinen b. Neugebornen 121.
Wirbel, Entzündung, zur Statistik 63.
Wirbelsäule, Fraktur, Myelitis dorsalis nach solch. 138. —, primitive Form 229. —, Cystengeschwulst am untern Abschnitte mit Deformation d. Beckens 252. —, vollkommene Spaltung 257. — S. a. Laminektomie; Lumbalpunktion.
Witterung, Bezieh. zu Puerperalfieber 111.
Wochenbett, Bakterien im Uterussekret 53. —, Ver-

halten d. Respiration während dess. 221. — S. a. Puerperium.
Wohnung, Desinfektion mit Formaldehyd 69.
Wunde, Bacillus diphtheroides auf solch. 254. —, Begünstigung d. Infektion durch Gewebeläsionen 254. — S. a. Schusswunde; Stichwunde.
Wurmfortsatz s. Appendicitis.

Xerose d. Conjunctiva, Keratomalacie b. solch. 66.
X-Strahlen s. Röntgenstrahlen.

Yohimbin, Wrkung u. Anwendung 241.

Zäpfchen s. Uvula.
Zahn, cariöser als Eingangspforte f. d. Tetanusgift 80.
Zange s. Geburtszange.
Zellen, Unterscheidung von Amöben 10. —, embryonale, Verhalten nach Implantation in d. erwachsenen Thierkörper 232. —, eosinophile als diagnost. Zeichen b. Trichinose 244. — S. a. Deciduazellen; Epidermiszellen; Epithelzellen; Ganglienzellen; Nährzellen; Nervenzellen; Riesenzellen; Schlummerzellen.
Zellgewebe, im Becken, Entzündung b. Ovarialabscess 220.
Zeugungsfähigkeit, Wirkung d. Castration 13. — S. a. Unfruchtbarkeit.
Zimmtsäure, Einspritzung gegen Tuberkulose 48.
Zoster s. Herpes.
Zucker, im Harn während d. Puerperium 107. —, Wirkung verschied. Arten 133. — S. a. Glykosurie.
Zunge, tuberkulöse Geschwüre 38. — S. a. Haarzunge.
Zurechnungsfähigkeit, Beurtheilung 70. —, b. Geisteskranken 85. 86. —, b. einem Mörder 190.
Zwerchfellshernie, angeborne 109. 229.
Zwillingsbrüder, Ophthalmoplegia externa b. solch. 134.

Namen-Register.

Abel, Georg, 165.
Abelsdorf, G., 121.
Abram, John Hill, 46.
Achard 31. 33.
Adler, Arthur, 20. 23. 210*.
Afanassiew, S. M., 10.
Ahlström, Gust., 133.
Åhmann, G., 152. 154.
Albarran, J., 37. 41.
Aldrich, Charles J., 139.
Alexander, Bruno, 47.
Allard, F., 148.
Allingham 138.
Alterthum, Ernst, 37. 40.
Alvarez, G., 171.
Amabilino, R., 142.
Anders, James M., 46. 252.
Anderson, Mc Call, 46.
Aniel 137.
Apert, E., 36. 40.
Arcoleo, Eugenio, 37.
Arloing 31. 33. 46.
Arneill, J. R., 76.
Arnsberger, Hans, 127.
d'Arrigo, G., 31.
Arthaud, Gabriel, 36. 38.
Asakawa, N., 72.
Aschoff, Ludwig, 163.
Ascoli, Vittorio, 79.
Auclair, Jules, 31. 34.
Audry, Ch., 37. 43. 151.
Aufrecht, E., 249.
Ausset, E., 37. 40. 134.
Axenfeld, Th., 185.

Bacaloglu, C., 78.
Bach, L., 135.
Bach, Theodor, 216*.
Baer, A., 198.
Baer, Th., 158.
Baginsky, Adolf, 105*.
Bailey, Pearce, 20. 24.
Bain, William, 9.
Baldwin, E. R., 47.
Ballance, Stanley, 111.

* bedeutet Bücheranzeige.

Balzer, F., 46.
Bandelier 46.
Bandisch 80.
Bang, B., 30. 32. 45.
Barbier, H., 36. 38.
Barlow, R., 249.
Baruzzi, J., 47. 179.
Bataillon 30.
Baudry, S., 20. 23.
Baumm, P., 53.
Bayerthal, J., 242.
Beard, J., 9.
Beaujard 36. 40.
Beauvalon 46.
Becher, J. A., 124.
Beck, Max, 32. 35.
Becker, H., 156.
Beckmann, W., 165.
Bédart 37. 40.
Beevor, Hughes, 29. 30.
Behla, Robert, 235.
Behrend, Gustav, 160.
Benario 248.
Benedikt, Moriz, 198.
Beninde, Max, 31.
Benzler 161.
Berg, John, 167.
Bergeon, H., 47.
Bergh, R., 159.
Bergmann, E. von, 102*.
Berlioz 47.
Bernert, Richard, 3.
Bernheim, S., 46.
Berry, J., 76.
Besold, Gustav, 36. 38.
Beumer 71.
Bezançon, F., 31. 36. 39.
Bidone, E., 253.
Bier, A., 130.
Binswanger, Otto, 99*.
Birch-Hirschfeld, Arthur, 232.
Birch-Hirschfeld, F. V., 36. 37.
Birgelen, H., 31. 35.
Blacher, K., 8.
Blacker, G. F., 224. 257. 262.
Blanchet 46.
Bloch, E., 121.
Bloch, Iwan, 248. 250.
Blokusowski 245. 246.
Blos, Edwin, 37. 44.
Blum, Sanford, 36. 39. 230.
Blumenfeld, Fritz, 163.
Blumenthal, E., 72. 75.
Blumer, George, 36. 39.
Bodenstein, O., 51. 158.
Boeck, Cäsar, 37. 41.
Bohland, K., 114.
Boldt, H. J., 189.
Bonardi, Edoardo, 29. 30.
Bond, C. J., 8.
Bordier, H., 141.
Bornstein 9.
Borrel, A., 77.
Bosse, Heinrich, 237.
Bosso, G., 231.
Bourneville, P., 31. 35.
Bouveau 47.
Bouveyron 239.
Boxall 111. 219.
Boyd, Stanley, 253.
Braithwaite 220.
Brasch, F., 28.
Brasch, M., 241.
Brault, J., 36. 125. 150.
Braxton Hicks, 111.
Breitenstein, H., 211*.
Bresler 16.
Brieger, O., 36. 38.
Brissonet 47.
Broadbent, William, 45.
Brocchieri, Michele 46.
Brocq, L., 106*.
Brougniart, G., 36. 38.
Bruck 160. 250.
Brüchanow, N., 127. 232. 233.
Brunet, Félix, 47.
Brunn, M. von, 187.
Bruns, Ludwig, 19. 20. 21.
Bruns, Paul von, 102*.
Buard, G., 47.
Budin, H., 141.
Büttner, F., 236.
Bulius, W., 37. 44.
Bunge, R., 184.

Burckhard, Georg, 235.
Busch, Fr., 185.
Buschke, A., 149.

Cabannes, C., 27.
Cadé, A., 174.
Calderini, G., 50.
Calman, A., 71.
Cameron, Murdoch, 108.
Carrière, G., 31. 35. 36. 38.
Carslaw, J., 138.
Caselli, Arnoldo, 231.
Cash, J. Theodore, 238.
Cassel 18.
Cattaneo, Cesare, 36. 40. 170.
Cestan, R., 36. 40. 138. 139.
Champneys 108.
Charrin 30. 32.
Chauffard 78.
Chiari, Hanns, 231.
Church, Archibald, 137.
Clemmey, W. N., 80.
Clessin, O., 173.
Cnopf 161.
Cohn, R. D., 136.
Collan, Walter, 156.
Collier, H. S., 78.
Copley, Stanley, 76.
Cornet, Georg, 28. 29. 31. 33.
Cornil 47.
Cottet, J., 37. 41.
Courmont, Paul, 31. 33. 46.
Cox, W. H., 340.
Cramer, H., 57.
Crawford 220.
Cripps, Harrison, 259.
Croner, Wilhelm, 31. 35.
Cullen, Thomas S., 55. 125.
Cullingworth, Charles J., 106. 107. 108. 109. 110. 112. 219. 220. 221. 223. 224. 256. 258. 262. 263. 264.
Cumston, Charles Greene, 37. 41.
Curry, J. J., 31. 33.
Cutler, Leonard, 217. 221.
Czerny, Ad., 170.
Czyhlarz, Ernst von, 236.

Daddi, G., 143.
Dakin 256.
Damascelli, O., 183.
Danlos 37.
Davies, D. S., 45.
De Buck, D., 20. 23.
De Jong 230.
Delagénière, P., 8.
Delmas 78.
De Moor 20. 23.
Denys, J., 46.
Deutschmann, R., 67.
Dirksen, H., 187.
Doll, K., 46.
Donath, J., 139.
Donetti, E., 74.
Donnelan, P. S., 36.
Doran, Alban, 109. 111. 112. 124. 221. 223. 260. 264.
Dorset, Marius, 32. 34.
Drasche, A., 26.
Drehmann, G., 63.
Drobny, B. A., 153.
Druebert, J., 37.
Dubar 30. 31. 33.
Dubousquet-Laborderie 30.
Duncan, J. W., 107. 108. 216. 217. 219. 221. 223. 224.
Dunin, Theodor, 141.
Duprez 47.

Eckert, E., 177.
Eden, Thomas Watts, 112. 216. 220. 256. 259. 261.
Edinger, L., 201.
Edington, S. H., 37. 41.
Egger, F., 19. 20. 22. 23. 25.
Ehrendorfer, E., 251.
Ehrlich, Franz, 174.
Eilers, P., 61.
Einthoven, W., 117.
Elschnig, Anton, 66. 214*.
Elsner, M., 187.
Elting, Arthur W., 123.
Emery 150.
Enderlen 177.
Engel, C. S., 116.
Engelien 76.
Escherich 230.
Esser 143.
Eulenberg, H., 216*.
Exchaquet 46.

Fagonsky, T., 37. 45.
Falk, O., 228.
Farrar, J., 218.
Fauvel, R., 47.
Feinberg 10.
Féré, Ch., 151.
Fergusson, James Haig, 57.
Fernet, Ch., 31. 35.
Ferrán, J., 31. 34. 72.
Fick, L., 207.
Fieux, G., 8. 37. 45.
Finger, Ernst, 156. 248.
Fink, Emanuel 132.
Fischoeder 177.
Fischl, Rudolf, 171.
Fitz Gerald, Charles Egerton, 45.
Flechsig, Paul, 200.
Flexner, S., 36.
Flourens 91 flg. 193. 195.
Flügge, C., 31. 32.
Föderl, O., 178.
Förster, Fritz, 172.
Fournier, A., 37. 44.
Fränkel, B., 45.
Fraikin, A., 47.
Francke, C., 62.
Frank, Ernst R. W., 246.
Franke, Felix, 20. 24. 31. 33.
Freudenthal, W., 47.
Freund, G., 253.
Freund, M., 239.
Freund, W. A., 164.
Freymuth, W., 46.
Fromaget, C., 134.
Fromme, A., 129.
Frommel, R., 212*.
Fuchs, A., 210*.
Fuchs, Carl, 157.
Fuchs, E., 185.
Fuchs, G., 245.
Füth, Heinrich, 56.

Galabin, A. J., 221. 223. 256. 257. 259. 260. 263.
Galatti, Demetrio, 119.
Gall, Franz Joseph, 81 flg. 193 flg.
Galletly, J., 96.
Gallois 241.
Gallot, P., 47.
Garnier 78.
Gelpke 136.
Genge, G. G., 257.
Georgiewsky, C., 236.
Gerhardt, D., 100*.
Gessner, A., 213*.
Ghon 154.
Gibb, W. F., 78.
Giles, A. E., 109. 110. 111. 217. 223. 261.
Gillespie, Lockhart, 46.
Gläser, J. A., 155.
Glantenay 150.
Glockner, Adolf, 235.
Goebel, W., 139.
Göbell, R., 255.
Görtz 20. 25.
Goldberg, B., 37. 41. 157.
Goldmann, Hugo, 47.
Gonzalez, J. Y., 80.
Goodale, J. L., 145.
Goodall 20. 23.
Gordon, T. E., 37. 41.
Goris 36. 39.
Gottlieb, R., 114.
Goro, W. J., 218. 219. 262.
Gradenwitz, R., 129.
Grafé, A., 242.
Griesbach, H., 120.
Griesinger, W., 202.
Griffith, W. S. A., 217. 221. 222. 262.
Griffiths, Joseph, 56.
Griffon, V., 31. 36. 39.
Grunshaw, S. W., 29. 30.
Grohmann, A., 102*.
Grosglik, A., 151.
Grossmann, Michael, 118.
Grosz, Siegfried, 152. 156.
Grunert, Karl, 184.
Gudden 207.
Guillebeau, A., 71.
Guinard, L., 46. 130.
Guiter, E., 45.
Gumpertz 20. 24.
Guthrie, Leonard G., 37. 44.

Haag, G., 20. 23.
Haasler 60.
von Hacker 181.
Hahn, Johannes, 176.
Hale, H. G., 80.
Hallopeau 46.
Hamburger, C., 120.
Hanke, V., 184.
Hansteen, H., 156.
Hanszel, Friedr., 132.
Happel 118.
Harbitz, Francis, 190.
Hartley, J., 79.
Harnack, Erich, 129.
Harris, P., 218.
Harris, Vincent Dormer, 36. 38.
Hartley, J., 79.
Hartmann, Henri, 179. 252.
Hauser, G., 30. 32. 234.
Hayes 112.
Heape, Walter, 8. 219.
Hebra, H., 149.
Heckel 79.
Heddaeus, A., 19.
Heidenhain, Martin, 116.
Heiligenthal 26.
Heinze, P., 173.
Helferich 176.
von Helwede 173.
Henke, R., 144.
Henoch, Eduard, 105*.

Hensen, H., 128.
Herff, Otto von, 165.
Hering, Ewald, 121.
Herman, G. Ernest, 107. 109. 112. 217. 219. 261.
Hermes, O., 183.
Heron, G. A., 47.
Hertel, E., 65.
Hertwig, Oscar, 6.
Herxheimer, Karl, 116.
Herzog, U., 58.
Heubner, Otto, 141.
Heymann, Bruno, 31.
Hicks, J. Braxton, 111.
Hierokles 36. 39.
Hildebrandt 36. 40. 64.
Hills, Frederick L., 37.
Hinsberg, V., 123.
Hirschfeld, H., 121.
Hirschfelder 46.
Hirschl, J. A., 135.
Hirschlaff, Willy, 244.
Hochhaus, H., 12.
Hönn 76.
Hofbauer, J., 37. 41. 122.
Hoffa, Albert, 47. 48.
Hofmeister, F., 177.
Holzapfel, Karl, 226.
Homén, E. A., 134.
Honigmann, F., 19.
Hoorn, W. van, 46.
Hopkins, F. Gowland, 3.
von Hopffgarten 180.
Horrocks, P., 111. 220.
Horváth, R., 158.
Hottlet 45.
Hough, Garry de N., 80.
Huber, Alfred, 158.
Hueppe, Ferd., 215*.
Hufeland 195.
Huon 30.
Hurgronje 191.
Hyrtl, Jos., 196.

Jaboulay 46. 182.
Jacob, P., 75.
Jacobi, A., 174.
Jacobson, G., 37. 45.
Jacobson, Richard, 18.
Jacoby, Eugen, 45.
Jacquet, L., 148.
Jadassohn, J., 153.
Jaffé, Max, 36. 40.
Jahrmärker 241.
Jakowski, M., 231.
Janowsky, W., 14.
Jersild, O., 148.
Jesionnek, Albert, 155.
Jesset, F. Bowreman, 166.
Ilott 222.
Imerwol, Victor, 161.
Immermann, F., 6.
Joers, K., 64.
Johannessen, Axel, 187.
Jolly, J., 36. 38.
Jonnesco, Thomas, 67.
Jopson, John H., 234.
Jorus, G., 20. 24.
Juliusburger, O., 135.
Julliard, G., 79.
Jundell, J., 154.
Jung, Ph., 250.
Jung, W., 115.

Kabanoff 13.
Kaczanowski, P., 37. 43.
Kafka, H., 106*.
Kaiser, Julius, 47.
Kanthack, A. A., 31. 32.
Kaplan, L., 135.
Kappesser, O., 47. 48.
Karewski 178.
Karika, Anton von, 47.
Karplus 134.
Kast, J., 66.
Kaup, Igo, 69.
Keen, W. W., 181.
Keersmaecker 157.
Kehr, H., 61.
Keller, Arthur, 174.
Kerr, J. M. Munro, 54.
Kiderlen, F., 255.
Kindler 19.
King, Herbert Maxon, 29.
Kinoshita, S., 227.
Kirikow, N., 128.
Kissinger 20. 22.
Klaatsch, H., 7.
Klein, S., 134.
Kleine, F. K., 76.
Kley, Wilhelm, 29. 30.
Klippel 124.
Knaggs, Lawford, 112.
Knauer, Emil, 250.
Knoepfelmacher, Wilhelm, 115.
Knopf, S. A., 46.
Kobert, Rud., 45.
Koch, C., 61.
Koch, E., 80. 240.
Koch, R., 243.
Kocher, A., 78.
Köbler, F., 75.
Koeppe, Hans, 113.
Köppen, A., 170.
Köppen, M., 28.
Kolischer, Gustav, 250.
Kolisko, A., 170.
Koller, A., 229.
Konindji, P., 46.
Koplik, Henry, 123. 172.
Kopytowski, M., 158.
Kose, O., 76.
Kóssa, Julius von, 133.
Kossmann, R., 226.
Kraepelin, Emil, 202.
Kraus, E., 75.
Kraus, Rudolf, 152.
Krause, F., 103*.
Krehl, L., 14.
Krieg, Robert, 36. 38.
Kriege, H., 29. 30. 46.
Kroener, P., 126.
Krokiewicz, A., 76.
Kromayer, Ernst, 160.
Kruse, W., 69.
Krzystalowicz, Franz, 247.
Kühnau, W., 80.
Küttner, O. von, 169.
Kunsmüller, Karl, 233.
Kunz, Rudolf, 69.
Kurth, H., 186.
Kuss, G., 30. 32.
Kussmaul, A., 199.

Laehr, M., 20. 24.
Laitinen, Taav., 153.
Lambotte 28.
Landerer, Albert, 47. 48.
Landouzy 46. 47.
Lange, Jérôme, 173.
Lannelongue 31. 33.
Lanz, O., 124.
Laqueur, L., 67.
Laschtschenko 31.
Laurén, Walter, 18.
Law, W. T., 46.
Lawrence, J., 79. 257.
Lawrow 4.
Lawson Tait 107. 109.
Lazarus, A., 46. 48.
Lea, W., 262.
Leclerc 46.
Leduc, S., 36. 39.
Legendre 46.
Lengemann 96.
Lengnick, H., 254.
Lenhartz, Hermann, 99*.
Lennander, K. G., 167. 181.
Lenz, Jaroslav, 156.
Lereboullet, P., 79.
Lesné 171.
Lesser, E., 155.
Letulle 46.
Levinsohn, G., 241.
Lewers, A. H. N., 108. 219. 220. 221. 224. 258. 261. 264.
Lewin, Karl, 174.
Lewin, L., 123.
Lichtenstern, Ernst, 154.
Liebe, Georg, 45. 46.
Liebrecht 135.
Lieven, Anton, 149.
Linser, P., 254.
Lipowski, J., 36. 38.
Lochte, Th., 159. 231.
Loeb, Jacques, 101*.
Löhlein, H., 54. 163.
Löwenbach, Georg, 150.
Löwenfeld, L., 210*.
Loewenhardt 158.
Loewy, J., 4.
Lohnstein, H., 249.
Loomis, Henry P., 29. 31. 35.
Lop, P. A., 244.
Lubarsch, O., 96*.
Lucke, R., 61.
Luithlen, Friedrich, 147. 172.
Luksch, L., 253.
Lund, Fred. B., 75.

Mc Bride, P., 145.
Mac Cann 107. 258. 262.
Mac Farland, Joseph M., 190. 234.
Machard, A., 79.
Mackenrodt, A., 49.
Maclean, J., 261.
Mac Lean, Thomas Neil, 29.
Magnan 30. 32.
Magnus, H., 214*.
Mairet 140.
Malcolm 112. 259. 260.
Mandach, F. von, 225.
Mandl, Ludwig, 158.
Mangin 166.
Mankowsky, A., 31. 34.
Maragliano, E., 31. 34. 47.
Marchand, F., 7.
Marcus, Otto, 47.
Marina, Alessandro, 120.
Marinesco, Georges, 15. 139.
Marshall, L., 76.
Martin, Alfred, 14.
Martin, A. J., 45. 162.
Martin, Cristopher, 107.
Martin, Claude, 49.
Maschke 214*.

Matthes, A., 14. 74.
Matthews, Frank S., 41.
Maturié 80.
Maurange, Gabriel, 36. 40.
Mayer, Emil, 145.
Mays, Thomas J., 47.
Meige, H., 148.
Meissen, E., 31. 35.
Mekerttschiantz, M., 51. 189.
Meltzer 36. 39.
Mercier, R., 46.
Meredith 107.
Merkel, Friedrich, 37. 40.
Merklen, Prosper, 36. 39. 40.
Meslay, R., 36. 38.
Metelli, L., 80.
Meunier, H., 37. 44.
Meyer, Adolf, 16.
Meyer, Fr., 256.
Meyer, G. H., 195.
Michaelis, M., 36. 39.
Michelini, G., 251.
Micholitsch, Th., 165.
Mignon, Maurice, 46.
Mikulicz, J., 102*. 175.
Mingazzini, Giovanni, 135.
Mintz, M., 182.
Mirabeau, Sigmund, 49.
Mittelbach, F., 4.
Mixter, S. J., 76.
Modica, O., 12.
Möbius, P. J., 81. 102. 193.
Moëller, Alfred, 31. 35.
Möller, J., 77.
Mollard, J., 36. 39.
Moncorgé 31. 35.
Monteux, G., 244.
Monti, Alois, 57.
Moore, B., 237.
Morgan, G. Blacker, 77.
Morishima, K., 133.
Morison, Rutherford, 259.
Morse 260.
Moschini, A., 37. 43.
Most 4. 120.
Moty 20. 23.
Mouton, G., 37. 45.
Mraček 105*.
Mueller, A., 55.
Müller, Arthur, 129. 169.
Müller, A. W. K., 18.
Müller, Joh. von, 197.
Murat 31. 35.
Muscatello, G., 183.

Nagel, W., 104*.
Nakarai, S., 30. 32.
Napier, Leith, 108. 109.
Natoli, B., 80.
Nattan-Larrier 36. 39.
Nauwerck, C., 97*.
Neisser, A., 160.
Nelson, C. D., 47.
Netter 46.
Neuberg, Carl, 115.
Neugebauer, F., 188.
Neuhaus 247.
Neumann, Alfred, 54.
Neumann, H., 105*.
Neusser 36. 40.
Newsholme, Arthur, 45.
Nicolas 46.
Niebergall 247.
Niessen 248.
Nimier 79.
Nocard 30.
Nonne, M., 135. 242.
Nothnagel, Hermann, 98*.
Notkine, J., 31. 34.
Novaro 253.

Oberwarth 241.
Oblath, O., 134.
O'Carroll, Joseph, 46.
Oertel, Horst, 245.
Oestreich, R., 31. 35.
Oettingen, W. von, 73.
Ombrédanne, J., 79.
Ophüls 36. 40.
Orthmann, E. G., 168.
Osler, William, 244.
Oswald 113.
Otis, Edward G., 29. 30. 47.
Otto, C. F. von, 247.

Pagel, Julius, 214*.
Pagenstecher, E., 229.
Papillon, G. E., 31. 35.
Pappenheim, A., 31. 34.
Parsons, Inglis, 224.
Patteson, R. Glasgow, 77.
Peiser, Eugen, 170.
Pels Leusden, F., 64.
Pembrey, M. S., 238.
Penzoldt, F., 31. 35.
Péron, A., 30. 36. 39.
Perutz, Fr., 10.
Peter, Karl, 5.
Petersen, Ernst, 166.
Petersen, W., 60. 64. 179.
Pezzoli, C., 249.
Pfaff, Franz, 241.
Pfiffl, Otto, 36. 38.
Philip, R. W., 46.
Philipps, C. D. F., 238.
Phillips, John, 110. 162. 258. 262. 263.
Piazza, L., 243.
Pick, Ludwig, 125. 225.
Pielicke 47.
Pierracini, G., 50.
Pierné, J., 46.
Piles, A. E., 263.
Piltz, J., 135.
Pinel 86.
Pinkus, S. M., 3.
Pitres, A., 139.
Playfair, W. S., 223. 264.
Pluder, F., 117.
Polk, W. W., 17.
Pollatschek, Arnold, 105*.
Pollmann, L., 235.
Pollock, Rievers, 257.
Porges, Alexander, 46.
Pouchet 133.
Praun, E., 105*.
Praussnitz, W., 69. 186.
Pregl, Fritz, 114.
Přibram, Alfred, 98*.
Prince, Morton, 19. 21. 22.
Prinzing, F., 175.
Probyn-Williams 218. 221.
Pryor, John H., 45.
Psaltoff 36.
Pugliese, Angelo, 9.
Puppe, G., 71.

Queirel 54.
Quénu 78.
Quervain, F. de, 178.
Rabek 71.
Rabinowitsch, Lydia, 31. 32.
Rabot 137.
Raimann, Emil, 129.
Ransome, Arthur, 46.
Rasch 110.
Raviart 36. 38.
Raw, Nathan, 46.
Reil 195.
Reille, Paul, 45. 46.
Reimar, Max, 68.
Reinbach, G., 62.
Reinecke 151.
Remfry, L., 217. 218. 220. 222. 224. 257. 259.
Renaut, J., 132.
Retzius, Andreas, 195. 205.
Reynès 79.
Reynolds, E. S., 137.
Ribard 47.
Ribbert 232.
Riecke, E., 147.
Rieger, K., 197.
Riehl 249.
Rissmann, P., 12.
Rivière, Edmond, 27.
Robert 79.
Roberts, C. H., 218. 222. 258. 264.
Robinson, Drummond, 222.
Robinson, William, 45.
Rodman, H., 131.
Röder, Heinrich, 20. 23. 244.
Röhmann, F., 9.
Roeseler, F., 58.
Rogman 65.
Rolleston 138.
Rollett, Alexander, 116.
Rosatzin 96.
Rosenberg, Albert, 213*.
Rosenberg, E., 229.
Rosenstein, W., 17.
Rosenthal, O., 37. 43.
Rosthorn, A. von, 211*.
Routh, Armand, 111. 112. 219. 257. 258. 261. 263.
Roux, E., 77.
Row, R., 237.
Rüdinger 209.
Ruge, Hans, 36. 39.
Rullmann, W. G., 31. 34.
Ruppel, W., 31. 34.
Rutsch, Fr., 60.

Sabrazès, J., 27.
Saemisch, Theodor, 104*.
Sänger, Max. 50.
Salgó, J., 140.
Salkowski, E., 115.
Sarway, O., 213*.
Sauer, Hugo, 121.
Savariaud 37. 41.
Scarpitti, Eug., 239.
Schäffer 153.
Schamelhout, G., 45.
Schanz, Fritz, 214*.
Schaper, H., 46.
Scheier, Max, 119.
Schenk, Ferdinand, 52.
Scheuber, Adam, 37. 43.
Schiele, W., 47.
Schiemann, O. v., 180.
Schiff, Eduard, 247.
Schilling, Fr., 174.
Schiödte, Nicolai, 17.
Schlagenhaufer 154.

Schlatter, C., 180.
Schlipp, R., 185.
Schmidt 80.
Schmidt, Curt, 173.
Schmidt, M., 232. 233.
Schmidt, R., 137.
Schmitt, A., 182.
Schnaudigel, O., 12.
Schneider, Pfeil, 46.
Schnell, Ferdinand, 227.
Schönfeld, Rich., 31. 33.
Scholz, Wilh., 14.
Schramm, Justus, 37.
Schreiber 104*. 122.
Schröder, G., 17.
Schröder, Hans, 37. 41.
Schrohe, Theodor, 128.
Schuchardt, Bernhard, 46.
Schuchardt, K., 103*.
Schüller, Max, 31. 33.
Schütz, Josef, 146.
Schütze, A., 73.
Schütze, Carl, 47.
Schuftan 253.
Schultze, Fr., 143.
Schultze, Oskar, 5. 6.
Schulz, A., 71.
Schulz, Fr. N., 122. 228.
Schumacher II. (Aachen) 115.
Schumburg 73.
Schupfer, Ferruccio, 26.
Schuster, Paul, 19. 152. 154.
Schwalbe, Ernst, 229.
Schweigger, C., 185.
Schweinitz, G. E. de, 32. 34. 233.
Schwenter-Trachsler 146.
Schwimmer, Ernst, 37. 42.
Scognamiglio, G., 47.
Scudder, Charles L., 37. 41.
Seggel, R., 178.
Sehrwald, E., 27. 157.
Sellheim, Hugo, 228.
Semple 79.
Sersiron 46.
Seydel, F., 25.
Shaw, J., 108.
Sheldon, Walter H., 30.
Siebenmann 144.
Siegert, F., 18. 37. 45. 174.
Silex, P., 206.
Silva, B., 139.
Silvestrini, R., 143.
Sime, D., 77.
Simmonds, M., 40.
de Sinéty 162.
Sladen, E. Sydley St. B., 31. 32.
Smith, Heywood, 108.
Snouck, Hurgronje, 191.
von Sölder 242.
Solowij, A., 8.
Sommerfeld, Th., 46.
Soulier, H., 130.
Soupault 179.
Spencer, H. R., 108. 111. 257. 259.
Spiering 187.
Spietschka, Th., 248.
Spitta, O., 187.
Stampacchia, E., 31.
Stark, 247. 249.
Steale, J. D., 233.
Steffen, A., 236.
Steinschneider 153.
Steinhaus, Julius, 234.
de Stella 149.
Stern, Max, 47.
Sternberg, C., 234.
Sternberg, Maximilian, 100*.
Stevens, T. G., 219. 221. 222. 257.
Stevenson, Sinclair, 110.
Sticher, Roland, 31.
Sticker, Georg, 172.
Stieda, A., 62.
Stintzing, Roderich, 74.
Stöckel, W., 5.
Stockman, Stewart, 31.
Stockmann 246.
Stonham, Ch., 77.
Stooss, M., 171. 173. 233. 240.
Stratmann, Alexander, 61.
Stratz, C. H., 211*.
Straub, Walther, 240.
Strauss, Arthur, 249.
Streckeisen, A., 190.
Strehl, Hans, 180.
Stroebe, H., 46.
Strube, Georg, 138.
Strümpell, Ad. von, 20. 23.
Strzeminski 65.
Sturgis, F. R., 13.
Sutton, J. Bland, 107. 109. 216. 221. 263.

Tait, Lawson, 107. 109.
Tanaka, N., 176.
Targett 218. 220. 222. 223. 260. 263. 264.
Tate, H. W., 264.
Tauber, S., 73.
Tavel, R., 73.
Taylor, G. G. Stopford 47.
Taylor, J. W., 261.
Terre 30.
Thiem, C., 20. 22. 25.
Thieme 79.
Thiron, Constantin, 30. 33.
Thomas 240.
Thomassen 31.
Thorn 254.
Todd, C., 145.
Török, Aurel von, 205.
Trampont, J., 36. 38.
Trömner, E., 15.
Trudeau, E. L., 47.
Turban, K., 28. 29.
Turner, Sidney, 260.
Turner, William Aldren, 107.

Ueszadimenko, M. P., 230.
Ulrich, Chr., 47.
Unna, P., 146. 246.
Unterberger, S., 29. 30.
Urban 31. 33.

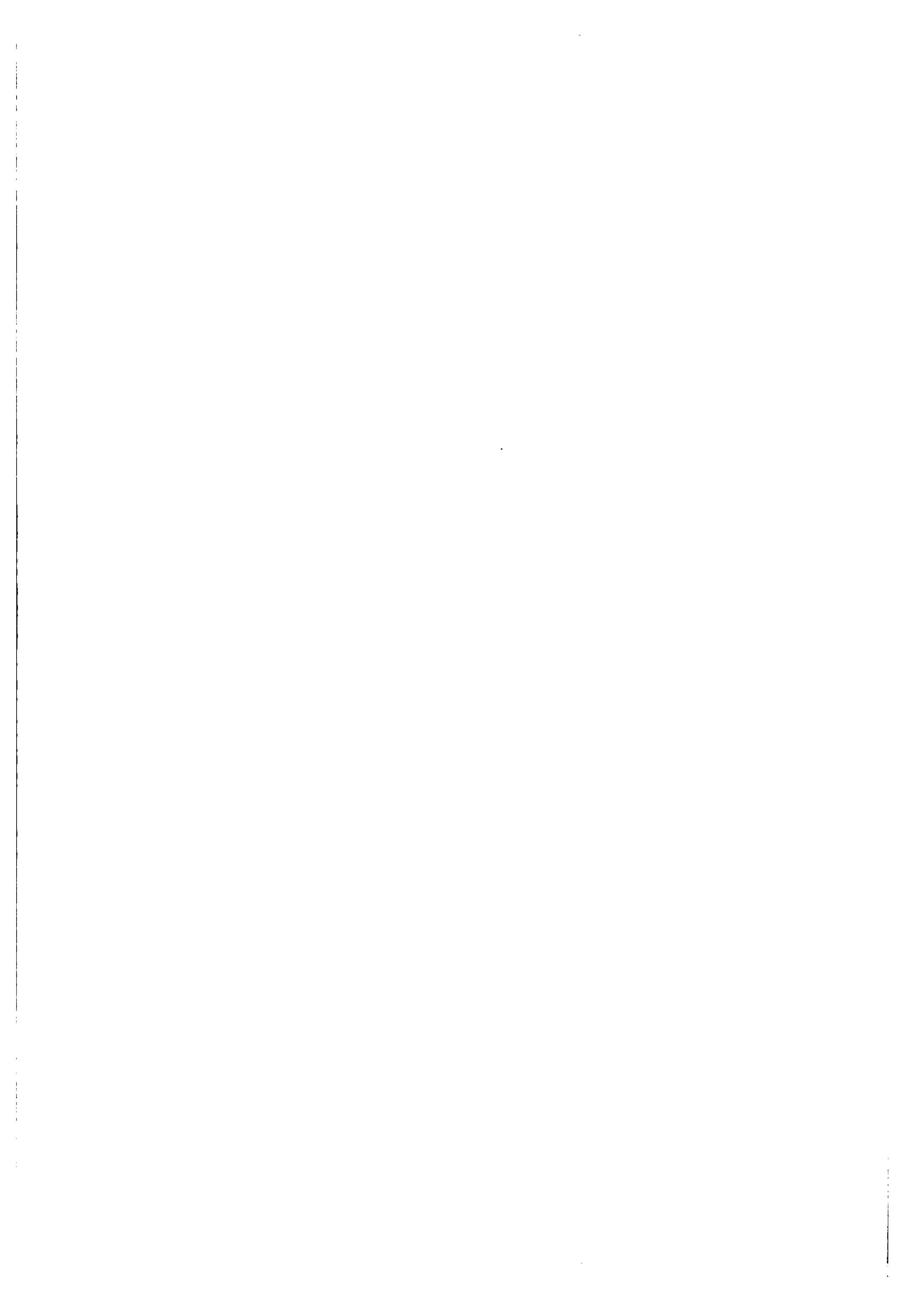
Vagedes 31. 33.
Vajda 246.
Vassmer, W., 49.
Veit, J., 163. 211*. 213*.
Verdun 245.
Vidal 20. 23. 31. 45.
Vinay, Ch., 151.
Vincenzi 72.
Vinci, Gaetano, 130.
Virchow, Rudolf, 206.
Virès 140.
Voerner, Hans, 51.
Vogel, A. E., 197.
Volkmann, A. W., 197.
Volland, A., 28. 29. 47.
Vollmer, E., 146.
Vulpius, Oskar, 59. 63.

Wace, C., 77.
Wadsworth, W., 190.
Waelsch, Ludwig, 37. 43. 46.
Wagner, Albert, 168.
Wagner, Paul, 71.
Waldvogel 122.
Walshain, Hugh, 145.
Walter, F. Rufenacht, 45.
Walthard, Max, 169.
Wang, Eyvin, 115.
Warthin, A. S., 255.
Wassermann, A., 153.
Wechsberg, Friedrich, 236.
Wecker, L. de, 66. 121.
Weigert, C., 11.
Weinberg 36. 39.
Weinrich 153.
Weir, Robert F., 183.
Weismayr, Alexander von, 31. 33. 45. 46. 142.
Weiss, J., 128.
Weiss, Ludwig, 249.
Weiss, O. von, 252.
Weiss, Siegfried, 189.
Welcker 209.
Werler 248.
Werner, P., 77.
Wernicke 202.
Westphal, A., 73.
Wetzel, G., 3.
Wheaton 108. 109. 111. 112.
Wilbrand, H., 134.
Wildemuth, O., 102.
Wilkins, G. L., 55.
Williams, C. Theodore, 46.
Williams, J. Whitridge 52. 53.
Williamson, R. T., 138.
Wilmans 31. 33.
Wilson, Sh., 264.
Winckel, F. von, 227.
Winge, Paul, 70. 190.
Winter, G., 212*.
Witthauer, Kurt, 18. 51.
Witwicky, Th., 128.
Wölfler, Anton, 182.
Wolf, Heinrich, 241.
Wolff, Bruno, 13. 20. 22. 228.
Wolff-Immermann, F., 47. 48.
Wood, H. C., 77.
Woodhead, G. Sims, 46.
Wróblewski, A., 3.
Wuth, E. A., 229.

Yearley, Macleod, 145.

Zaroubine, Valentin, 26.
Ziengo, G., 80.
Zimmermann, G., 243.
Zimmermann, M., 136.
Zumpe, C., 73.
Zupnick, Leo, 31. 34.
Zuppinger 173.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.



SCHMIDT'S
JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. ADOLF WINTER

REDIGIRT

VON

DR. P. J. MÖBIUS UND DR. H. DIPPE

ZU LEIPZIG.

JAHRGANG 1899.

ZWEIHUNDERTVIERUNDSECHZIGSTER BAND.

LEIPZIG, 1899.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 264. **1899.** **№ 1.**

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

1. **Ueber den Einfluss von Kupfer und Zinksalzen auf die Hämoglobinbildung**; von Dr. W. Wolf. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 5. p. 442. 1899.)

Verschiedene Schwermetalle (ausser Eisen noch Mangan, Kupfer, Zink und Quecksilber) sollten nach Cervello und Barabini eine hämoglobinbildende Wirkung haben.

W. untersuchte bei Ratten den Einfluss von Kupfersulfat und Zinksulfat, die der Nahrung beigemischt wurden. Er konnte indessen bei den betreffenden Thieren keinen Einfluss auf das Blut, weder durch Blutkörperchenzählung, noch Hämoglobinbestimmung, constatiren.

V. Lehmann (Berlin).

2. **Ueber den Eisengehalt des Blutplasma und der Leukocyten**; von Stud. Emil Häusermann. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 5. p. 436. 1899.)

Socin hatte nachgewiesen, dass das Pferdeblutserum kein Eisen enthält.

H. untersuchte das Blutplasma von Pferd, Kalb und Rind und fand, dass das Pferdeblutplasma viel weniger Eisen enthält, als das Plasma von Rinder- oder Kälberblut. In den beiden letzteren Blutarten stammt das Eisen des Plasma wahrscheinlich aus dem Zerfalle der Leukocyten. Die Leukocyten scheinen viel mehr Eisen zu enthalten als das Plasma.

V. Lehmann (Berlin).

3. **Quantitative Bestimmung der Bestandtheile des Oxyhämoglobins des Pferdes**; von D. Lawrow. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 3 u. 4. p. 343. 1898.)

Von Oxyhämoglobin des Pferdeblutes zerlegte L. die wässerige Lösung durch eine Mischung von Alkohol, Aether und Schwefelsäure; die Eiweisssubstanz fällt dabei aus. Aus der alkohol-ätherischen Lösung fällt nach Verjagen des Aethers und Alkohols das Hämatin aus. Aus den Analysen berechnet L., dass das Oxyhämoglobin 94.09% Eiweissstoff, 4.47% Hämatin und 1.44% andere Bestandtheile geliefert hat. Unter letzteren befinden sich wasserlösliche und unlösliche Fettsäuren.

V. Lehmann (Berlin).

4. **Ueber die Schicksale des Hämoglobins im Organismus**; von Dr. Schurig. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 1. p. 29. 1898.)

Um einwandsfrei die Wirkung und Umwandlung des Hämoglobins im Organismus zu verfolgen, stellte sich Sch. das Hämoglobin aus Pferdeblut nach Hoppe-Seyler's Vorschrift her und bereitete sich seine Lösungen aus dem feucht bei einer Temperatur unter Null aufbewahrten Präparate. Sämmtliche Versuche wurden an Kaninchen angestellt; den Versuchsthieren wurden Lösungen von reinem Hämoglobin täglich längere Zeit hindurch subcutan injicirt. Der procentische Gehalt der Lösungen an Hämoglobin wurde mit dem *Gowers*'schen Hämoglobinometer bestimmt.

Nur kleinere Hämoglobinmengen wurden an den Injektionstellen rasch resorbirt, von grösseren konnte ein Rest nach längerer Zeit noch gefunden werden. Blieb die injicirte Menge unter 1 g Hämoglobin, so war nach 20 Stunden mit Sicherheit alles resorbirt.

Auf das Allgemeinbefinden der Thiere übten die subcutanen Hämoglobin-Injektionen selbst grösserer Dosen zunächst keinen nachtheiligen Einfluss aus, selbst wenn Hämoglobinurie eintrat. Folgten jedoch noch weitere grössere Hämoglobinmengen, dann wurden die Thiere schnell matt und

hinfällig, frassen nicht mehr und gingen bald zu Grunde. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei länger fortgesetzten kleineren Dosen. Die Fresslust verminderte sich allmählich, Abmagerung und Mattigkeit nahmen zu und unter allgemeiner Erschöpfung trat der Tod ein.

Als untere Grenze der Hämoglobinurie erzeugenden Dosen giebt Sch. 1 g pro kg Thier an, oder mit anderen Worten: Hämoglobinurie tritt nach subcutanen Injektionen dann auf, wenn die injicirte Menge ein Viertel des Gesammt-Hämoglobinvorrathes des Kaninchens übersteigt.

Hämoglobin konnte nur spektroskopisch in der Galle dann nachgewiesen werden, wenn die täglich injicirte Menge 0.5 g pro kg überstieg.

Obwohl der Urin häufig sehr dunkel aussah und auf den ersten Blick Bilirubin vermuthen liess, konnte Sch. nie auch nur eine Spur Gallenfarbstoff im Urin nachweisen, eben so wenig Urobilin.

Das in den Harn übergegangene Hämoglobin war sowohl gelöst, als auch in mikroskopischen Conglomeraten von Körnchen und daraus zusammengesetzten Cylindern vorhanden. Die Hämoglobinausscheidung versetzt die Nieren in einen Reizzustand, denn selbst noch ehe es zu ihr kommt, zeigen sich mässige Mengen Eiweiss im Urin.

Sehr eingehend hat sich Sch. mit dem mikrochemischen Nachweis des aus dem Hämoglobin durch Umwandlung freigewordenen Eisens befasst. Ein Theil des Hämoglobins wird an der Injektionstelle durch das Bindegewebe selbst nach etwa 3 Tagen zu nachweisbaren Eisenverbindungen verändert, welche letztere sowohl in Zellen eingeschlossen sind, als auch frei in den Bindegewebespalten und Lücken sich ablagern. Der grössere Theil wird in der Leber zu Bilirubin verarbeitet, ausserdem treten in der Milz, dem Knochenmark und der Nierenrinde nachweisbare Eisenverbindungen auf. Erst wenn alle diese Organe die injicirte Hämoglobindosis nicht mehr zu bewältigen vermögen, tritt unveränderter Blutfarbstoff zuerst in die Galle und dann in den Urin über.

H. Dreser (Elberfeld).

5. **A contribution to the chemistry of haemoglobin and its immediate derivatives**; by John Haldane. (Journ. of Physiol. XXII. 4. p. 298. Febr. 17. 1898.)

Auf Grund der, wie es scheint, von keinem anderen Forscher bisher beschriebenen Beobachtung, dass beim Zusatz von Ferrocyankalium zu lackfarbig gemachtem Blute sich Gasblasen entwickeln, während gleichzeitig Methämoglobin entsteht, räth H., das mühsame Auspumpen des Blutes zur Bestimmung seines Sauerstoffgehaltes durch dieses neue Hülfsmittel zu ersetzen, denn wie die genaue Gasanalyse ergab, bestand das entwickelte Gas aus nahezu reinem Sauerstoff. Zur Bestimmung der respiratorischen Capacität, d. h. der grösstmöglichen Sauerstoffmenge, die eine gewisse Blutprobe im Stande ist aufzunehmen, wird sie nach Sättigen mit Luft lackfarben gemacht durch Zusatz des gleichen Volumens Wasser, denn das Ferrcoyankalium wirkt nicht auf das noch in den Blutkörperchen eingeschlossene Hämoglobin. Controlversuche mit Auspumpung des Blutes sowohl nach Schütteln mit Luft allein, als auch nach Sättigung mit Kohlenoxyd ergaben übereinstimmende Werthe. Gleich wie Oxyhämoglobin wurde auch Kohlenoxydhämoglobin unter Entbindung von Kohlenoxyd und Bildung von Methämoglobin durch rothes Blutlaugensalz zerlegt. Aus venösem Hämoglobin wurde durch Ferrocyankalium ohne Gasentwickelung einfach Methämoglobin gebildet.

Um eine theoretische Vorstellung für die verschiedene Leistung des Sauerstoffes im Oxy- und im Methämoglobin zu geben, nimmt H. an, die beiden Sauerstoffatome seien im Oxyhämoglobin noch mit einer Valenz untereinander verbunden, etwa nach dem Schema: $Hb{<}\genfrac{}{}{0pt}{}{O}{O}{\big|}$, während sie im Methämoglobin von einander getrennt seien, was H. in dieser Weise bezeichnet: Methämoglobin = $Hb{\ll}\genfrac{}{}{0pt}{}{O}{O}$. Im Oxyhämoglobin ist ein Molekül Sauerstoff mit dem Hämoglobin verbunden, im Methämoglobin sind dagegen zwei einzelne Sauerstoffatome mit dem Hämoglobin verbunden. Die quantitative Bestimmung des Sauerstoffes im Blute geschah nach diesem Verfahren in einem Apparate, der demjenigen Dupré's zur Bestimmung des Harnstoffes mittels Hypobromitlauge als gasförmiger Stickstoff nachgebildet war; um die Reduktion auf 0°, 760 mm und Trockenzustand bewirken zu können, befand sich in demselben Wasserbade eine als Correktionrohr (nach Petterson) dienende Vorrichtung. Die Entbindung des Kohlenoxydes aus dem Kohlenoxydhämoglobin vollzieht sich auch bei diesem Verfahren erheblich langsamer, als die des Sauerstoffes. Die Analysenresultate stimmten sehr gut zusammen.

H. Dreser (Elberfeld).

6. **Ueber Bildung von Harnstoff aus Osmiumsäure im Thierkörper**; von Dr. Leo Schwarz. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 1. p. 60. 1898.)

Auf Grund gewisser physiologisch-chemischen Anschauungen über den physiologischen Abbau einfacher Atomgruppirungen war es interessant zu beobachten, wie sich die *Oxaminsäure* $\begin{array}{l}CO.NH_2\\ |\\ CO_2H\end{array}$ beim Durchgang durch den Körper verhalten würde. Zwei Möglichkeiten waren vorauszusehen: entweder die Amidogruppe NH_2 wird hydrolytisch abgespalten unter Regeneration der im Körper unzerstörbaren Oxalsäure, die dann leicht im Harn nachzuweisen sein musste, oder die beiden C-Atome der Oxaminsäure werden gespalten, in welchem Falle *keine* Oxalsäure im Harn ausgeschieden würde; in beiden Fällen würde der abgespaltene

Stickstoff zu einer vermehrten Harnstoffausscheidung Anlass geben. Sehr auffallend war die geringe Giftigkeit der Oxaminsäure gegenüber der Oxalsäure. Ein Kaninchen bekam an 2 aufeinanderfolgenden Tagen 0.5 und 1.0 g Oxaminsäure in schwach alkalischer Lösung in die Jugularvene injicirt ohne Störung seines Wohlbefindens; der Harn enthielt weder Eiweiss noch Zucker, keine Oxalsäure und nur etwas Oxaminsäure.

Schw. verglich die stündliche Harnstoffausscheidung bei Hunden, deren Harn er aus Ureterenkanülen auffing, vor und nach der subcutanen Injektion von Oxaminsäure (neutralisirt). Alle Versuche ergaben eine deutliche Steigerung der Harnstoffproduktion nach subcutaner Einverleibung der Oxaminsäure. Dass aber *keine* Oxalsäure dabei aus der Oxaminsäure sich gebildet haben konnte, bewies schon die toxikologische Thatsache, dass die Hunde von Oxalsäurevergiftungerscheinungen frei blieben, obwohl sie an Oxaminsäure mehr als das Doppelte der lethalen Oxalsäuredosis (0.15 g subcutan pro kg Körpergewicht) bekommen hatten. Die Harnstoffbildung aus der Oxaminsäure scheint nach Versuchen mit Digestion von „Organbrei" der Leber in dieser nicht stattzufinden.

Die Oxaminsäure wurde ferner an im Stickstoffgleichgewicht befindlichen Hunde in Dosen von 2 g pro kg Körpergewicht verfüttert ohne jegliche Störung. Die Mehrausscheidung von Harnstoff, die in sämmtlichen Versuchen zu Tage trat, war auf direkte Oxydation der Oxaminsäure zu beziehen, da niemals ein Uebergang eingeführter Oxaminsäure in Oxalsäure stattfand und auch, wie die Constanz der Gesammtschwefelausscheidung bewies, ein Mehrzerfall von Eiweisssubstanzen bei der Harnstoffvermehrung nicht im Spiele war.

Allerdings setzte die Oxaminsäure der Oxydation im thierischen Organismus erhebliche Resistenz entgegen, sobald mehr als 0.5 g Oxaminsäure pro kg Thier gereicht wurde, zeigte sich unveränderte Säure im Harn. Da ihre Zersetzlichkeit im Körper zu gering ist, kann die Oxaminsäure auch nicht als die normale Vorstufe des Harnstoffes betrachtet werden.

H. Dreser (Elberfeld).

7. **Action de l'eau oxygénée sur l'urine; origine de l'acetone**; par S. Cotton. (Lyon méd. XCI. 29. p. 359. Juillet 16. 1899.)

Harn wird der fraktionirten Destillation unterworfen, auf diese Weise sammelt sich alles Aceton in der abgekühlten Vorlage. Der Rückstand von der Destillation enthält noch einen cetonartigen Körper von offenbar hohem Siedepunkt, der erst durch Oxydation (Behandeln mit sauerstoffhaltigem Wasser und nochmalige Destillation) in Aceton übergeführt wird (Acetonnachweis durch die Jodoformreaktion). C. gewinnt ausserdem auf dieselbe Weise Aceton aus einigen Fettsäuren, aus Kohlehydraten, Eiweisskörpern und physiologischen Flüssigkeiten (Amniosflüssigkeit, Milch, Blut, Harn) und schliesst, dass auch im lebenden Organismus alle diese Substanzen durch Oxydation Aceton liefern können. W. Straub (Leipzig).

8. **Sind die Charcot-Leyden'schen Krystalle mit den Böttcher'schen Spermakrystallen identisch?** von Benno Levy. (Klin.-experim. Beitr. z. inneren Med. p. 11. 1899. Festschr. f. Lazarus.)

Die Böttcher'schen Krystalle bilden monokline Prismen oder Combinationen monokliner Prismen und Pyramiden, die Charcot-Leyden'schen hexagonale Doppelpyramiden, Doppelkegel oder Spindeln. Bei der Untersuchung im Polarisationapparat erweisen sich erstere als monoklin, optisch-zweiachsig, letztere als hexagonal, optisch-einachsig. Bei Zusatz einer Jod-Jodkaliumlösung (1 Jod : 2 Jodkalium : 20 Wasser) färben sich die Böttcher'schen Krystalle dunkelbraun.

Aufrecht (Magdeburg).

II. Anatomie und Physiologie.

9. **Ueber die Erhaltung der Kerntheilungsfiguren nach dem Tode und nach der Exstirpation und ihre Bedeutung für Transplantationsversuche**; von Dr. H. Wolff. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 297. 1899.)

Ueber die Frage, *wie lange nach dem Tode oder der Exstirpation sich noch Mitosen nachweisen lassen,* sind schon verschiedene Untersuchungen angestellt worden, so in letzter Zeit auch von W. Dieser kam zu dem Ergebnisse, dass die im menschlichen Gewebe, seien es pathologische oder normale Theile, vorhandenen Mitosen nach dem Tode oder nach der Exstirpation so lange und unter günstigen Bedingungen noch länger nachweisbar bleiben, als es überhaupt möglich ist, die feine Struktur der übrigen Gewebetheile zu erkennen. Nach dem Tode oder nach der Exstirpation findet ein Weiterschreiten des begonnenen Theilungprocesses nicht statt; eben so wenig treten noch neue Zellentheilungen ein. Die Mitosen in der Epidermis, in den Hautläppchen nach Thiersch, unterscheiden sich in ihrem Verhalten ausserhalb des Körpers nicht von denen in anderen Geweben.

P. Wagner (Leipzig).

10. **Zur Frage über den feineren Bau der Herzganglien des Menschen und der Säugethiere**; von A. S. Dogiel. (Arch. f. mikroskop. Anat. LIII. 2. p. 281. 1898.)

Die Zellen der Herzganglien zeigen die Eigenschaften der sympathischen Ganglienzellen; sie haben eine fibrilläre Struktur, entsenden eine Anzahl von Dendriten und einen Nervenfortsatz. Sie sind von einer dünnen Bindegewebekapsel um-

geben, die sich nicht nur auf den Nervenfortsatz, sondern auch auf die dickeren Dendriten fortsetzt. Der Gestalt nach unterscheidet D. drei Typen von Ganglienzellen. Der erste Typus, im Allgemeinen von geringer Grösse, färbt sich mit Methylenblau sehr schwer; die Dendriten in der Zahl von 2—16 erscheinen kurz und dick und mit Varikositäten besetzt, in ihren Endverästelungen bilden sie mit ihren Nachbarn ein dichtes Netz. Der Nervenfortsatz beginnt stets in Gestalt eines langen und ziemlich dicken Kegels am Körper der Zelle oder häufig auch an einem Dendriten. In seinem proximalen Abschnitt entsendet er oft recht zahlreiche Fortsätze, welche sich in nichts von Dendriten unterscheiden, weiterhin erscheint er aber als völlig glatte, stellenweise variköse Faser, die an den Polen des Ganglion in eines der von diesem ausgehenden Nervenstämmchen eintritt. Auf dieser Bahn dringt sie in das Myokardium ein und endet in der Muskelfaser. Dieser Typus ist also zu den motorischen Fasern des Herzens zu rechnen. Die Zellen des zweiten Typus, meist multipolar, aber auch bi- und unipolar, sind häufig den Nervenstämmchen des subperikardialen Plexus angelagert, oft reihenweise angeordnet, und bilden zuweilen kleine Ganglien. Ihre Dendriten verästeln sich vielfach bis in ganz feine Ausläufer, die in die benachbarten Nervenstämmchen eintreten und diese verstärken. Ueber ihre Endigungsweise konnte D. nichts Sicheres feststellen: entweder enden sie mit irgend welchen Endapparaten in der Herzwand, oder ihre Endverästelungen müssen sich innerhalb der Nervenstämmchen der Herzgeflechte mit einander verbinden. Auch der Nervenfortsatz dieses Typus tritt in eines der Nervenstämmchen ein, bleibt entweder marklos oder erhält in grosser Entfernung von der Zelle eine Markscheide und tritt meist in den perikardialen Plexus ein. Bei den Zellen des dritten Typus gehen die Dendriten nicht über die Grenzen des Ganglion hinaus, stehen aber ihrem Charakter nach den Dendriten des zweiten Typus nahe. Sie bilden in ihren Endverästelungen ein dichtes Geflecht um die Ganglienzellen herum. Der Nervenfortsatz lässt sich als marklose Faser auf grosse Strecken hin verfolgen; über seine Endigung kann D. nichts Bestimmtes sagen.

In den Ganglien selbst endigen zweierlei Nervenfasern. Die einen, theils markhaltig, theils marklos in das Ganglion eintretend, verästeln sich hier bis in feinste Fädchen und umflechten alle Elemente des Ganglions, treten aber niemals in den von der Ganglienzellenkapsel umschlossenen Raum ein. Deshalb findet auch eine Berührung mit den Dendriten der Ganglienzellen nur dort statt, wo diese bereits ihre Kapsel verloren haben, also an ihren Endverästelungen. Einzelne Aestchen der in die Ganglien eintretenden Nervenfasern durchsetzen das Ganglion und treten in ein benachbartes Ganglion ein, auf diese Weise den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Herzganglien vermittelnd. Der zweite Typus der von aussen an die Ganglien herantretenden Nervenfasern ist ausschliesslich markhaltig. Diese Fasern zerfallen während ihres ganzen Verlaufes in eine Menge markhaltiger, sich ihrerseits wieder theilenden Aeste, die in verschiedener Anzahl in viele längs ihrer Richtung liegende Ganglien eindringen. Im Ganglion verlieren sie ihre Markscheide, theilen sich bis in sehr feine Zweige, durchbohren die Kapsel einer Zelle und umflechten den Zellenkörper derart, dass sich eine Art Knäuel bildet, dessen Kern der Körper der Ganglienzelle ist. In dieser Weise werden meist mehrere Zellen von einem und demselben Nervenfaden durch Abgabe von Seitenästchen umhüllt, bis er schliesslich selbst an der Peripherie einer solchen Zelle in seine Endverästelungen zerfällt. Teichmann (Berlin).

11. Ueber die nach Durchschneidung der extrakardialen Nerven auftretenden Veränderungen im Herzmuskel; von R. Funke. (Ztschr. f. Heilkde. XX. 1. p. 1. 1899.)

Die unter sorgfältiger Berücksichtigung der Literatur vorgenommenen Versuche führten zu folgenden Ergebnissen.

Die einseitige Vagusdurchschneidung bedingt weder degenerative Processe der Herzmuskelfasern, noch das Auftreten deutlicher Veränderungen im interstitiellen Gewebe. Sie kann aber makroskopisch, wie mikroskopisch nachweisbare interstitielle Blutungen zur Folge haben.

Nach doppelseitiger Vagusdurchschneidung oder nach linkseitiger Vagusdurchschneidung mit gleichzeitiger Ausschaltung des rechten N. recurrens fanden sich mitunter myokarditische Veränderungen, während in ganz einwandfreien Fällen, etwa in zwei Drittel der Fälle keine Verfettung der Muskelfasern anzutreffen war. Als Ursache der in einem Dritttheil der Fälle auftretenden Verfettung kann der Wegfall specifisch trophischer Fasern des Vagus nicht einmal als wahrscheinlich angesprochen werden. Auch die nach doppelseitiger Vagusresektion auftretenden Blutungen im Herzmuskel sind nicht nothwendigerweise auf eine in Folge des Wegfalles specifisch trophischer Fasern auftretende abnorme Zerreissbarkeit der kleinen Herzgefässe zu beziehen; sie lassen sich zwanglos aus dem Wegfalle der Wirkung der im N. vagus verlaufenden Vasomotoren und der gleichzeitig gesteigerten Herzthätigkeit erklären.

Wenn neben der einseitigen Vagotomie mit oder ohne Ausschaltung des rechten N. recurrens die übrigen extrakardialen Nerven, wie N. sympathicus, depressor und das Ganglion stellatum resecirt wurden, konnten bei vollkommen einwandfreien Versuchen keine anderen Veränderungen im Herzmuskel, als die durch die Vagotomie allein bedingten, festgestellt werden.

Aufrecht (Magdeburg).

12. **Untersuchungen zur Anatomie des menschlichen Darmes**; von S. Stopnitzki. Mitgetheilt von R. Weinberg. (Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XV. 11. p. 327. 1898.)

Die Ergebnisse der nur verkürzt mitgetheilten Untersuchungen sind folgende: Die normale Breite des Mesenterium ist im Allgemeinen nicht so gross, wie bisher angenommen wurde. Seine grösste Breite (Höhe) erreicht das Mesenterium an zwei Stellen: etwa an der Grenze des oberen und mittleren Drittels und dann unweit des Dünndarmendes. Das zweite Maximum überwiegt zuweilen das erste. Manchmal besteht nur ein Maximum, es entspricht dann der Mitte der Dünndarmlänge. Die Richtung der Insertionlinie des Gekröses ist inconstant, ebenso ihre Länge. Auch die Lagerung der Dünndarmschlingen in Gruppen ist inconstant und hängt ab von der Richtung der Insertionlinie des Gekröses, von der Breite des letzteren und von einer Reihe sekundärer Bedingungen, vor Allem von abnormer Grössenzunahme der Abdominalorgane. Der Verlauf der Dünndarmzüge in den verschiedenen Gruppen wird bestimmt durch die Form des Mesenterium, unabhängig vom Verlauf der mesenterialen Insertionlinie, ausgenommen, wenn letztere gebrochen ist. Abweichungen im Verlaufe der Dünndarmschlingen werden von den Mesenterialfalten, die sich in der Richtung des Darmrohres bilden, herbeigeführt, und von jenen Hervorragungen, die in Folge der zickzackförmigen Anheftung des Darmes an das Gekröse entstehen. Die Länge des mesenterialen Dünndarms ist geringer, als bisher angenommen wurde. Die früheren Messungsergebnisse sind durch Dehnung des Darmes beeinflusst. Um solche Dehnung zu vermeiden, muss der Darm mit Chromsäure oder Formalin vorgehärtet werden. Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf die relative Länge des Darmes. Die absolute Länge aber ist beim Manne grösser, als beim Weibe. Chronische Krankheiten, wie Tuberkulose, verringern die absolute und die relative Länge des Darmes. Die Frage nach dem Einflusse der Nationalität auf die Länge des Darmes ist noch offen. Länge des Darmes und Breite des Mesenterium sind nur prädisponirende Momente bei der Entstehung des Volvulus. Als unmittelbare Ursache dagegen sind schwerverdauliche Nahrung und die dadurch herbeigeführte Steigerung der Peristaltik zu betrachten. Teichmann (Berlin).

13. **Les vaisseaux lymphatiques du diaphragme et leurs rapports avec la cavité abdominale et avec le processus d'absorption**; par P. Oussoff. (Arch. russes de Pathol. etc. VII. 3. p. 316. 1899.)

Die Vertheilung der Lymphgefässe des Zwerchfelles zeigt bei den Säugethieren einen allgemeinen Typus: Die Lymphcapillaren bilden auf der Bauchfellseite ein kleinmaschiges, im Allgemeinen radiär angeordnetes Netzwerk; dieses steht durch Anastomosen, die das Zwerchfell durchsetzen, mit einem anderen Netz in Verbindung, das die Lymphgefässe auf der pleuralen Fläche bilden. Dieses letztere enthält die Lymphgefässe von grösserem Caliber, und hat auch grössere und mehr ringförmig angeordnete Alveolen. Das Endothel der peritonäalen Fläche des Zwerchfells unterscheidet sich von demjenigen der pleuralen durch die Grössenverhältnisse seiner Zellen. Die kleinen Zellen bedecken die oberflächlichen Lymphcapillaren. Die Resorptionstellen sind präformirt, aber nicht in dem Sinne, dass sie Oeffnungen darstellen. Die Vorbedingung für die Resorption ist vielmehr die direkte Anlagerung des Lymphgefässendothels an das Peritonaealendothel. Durch Erweiterung der Intercellularräume zwischen diesen beiden Endothellagen wird eine direkte Communikation zwischen der Bauchhöhle und dem Lymphgefässe hergestellt durch ein System von Spalten in Form eines Netzes. Die Lymphgefässe gehen also nicht direkt in die Bauchhöhle hinein, sondern sie stellen ein geschlossenes System dar, das sich nur an einzelnen Stellen dem Peritonaealendothel dicht anlagert. Diese Stellen befinden sich aber nicht blos im Centrum des Zwerchfelles, wie man annahm, sondern auf seiner ganzen Fläche vertheilt.

Teichmann (Berlin).

14. **De la signification morphologique des aponévroses périvésicales**; par B. Cunéo et V. Veau. (Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 2. p. 235. Mars—Avril 1899.)

C. u. V. haben die Ausbildung der perivesikalen Fascien an Embryonen studirt. Der Allantoisstiel, der zunächst in die Bauchwand des Embryo eingeschlossen ist, macht sich plötzlich aus ihr frei und bildet einen Vorsprung in die Bauchhöhle. Er ist nun an die Vorderwand der Bauchhöhle nur durch ein dünnes Mesenterium befestigt. Hinter der Blase reicht die seröse Höhle bis zum Perinaeum herab. Im Verlaufe der Entwickelung verkleben die zu beiden Seiten des Allantoisstieles bestehenden prävesikalen Blindsäcke des Bauchfelles, und ihre beiden serösen Blätter werden durch eine aus ihrer Verwachsung entstandene aponeurotische Fascie ersetzt: das ist die Aponeurosis umbilico-praevesicalis. Ebenso verschwindet der recto-vesikale Blindsack und hinterlässt als Produkt der Verklebung die Aponeurosis prostato-peritonaealis. Die Entwickelung des perivesikalen Bauchfelles ist also sehr ähnlich derjenigen des intestinalen. Teichmann (Berlin).

15. **Untersuchungen über das postfötale Wachsthum der menschlichen Niere**; von Ludwig Külz in Kiel. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 579. 1899.)

Während, wie Toldt zuerst gezeigt hat, bei der Niere im fötalen Leben und noch 6—8 Tage nach der Geburt eine Neubildung ihrer Theile zu beobachten ist, erfährt sie späterhin nur eine Ver-

grösserung durch Expansion ihrer kurze Zeit nach der Geburt fertig angelegten Theile.

K. unternimmt es nun zum ersten Male *den Grad des Wachsthums* der menschlichen Niere durch mikrometrische Messungen und Zählungen genauer zu verfolgen. Die gefundenen Zahlen (die sich auf das Wachsthum der Grösse, auf Zahl und Anordnung der Glomeruli, der Tubuli contorti, des Nierenmarkes, auf das Verhältniss des Nierengewichtes zum Gesammtgewichte des Körpers in den einzelnen Lebensjahren, auf dasjenige der Länge zur Breite, der Dicke der Rinde zur Markschicht, beider Nieren zu einander, erstrecken) werden in vergleichenden Tabellen vereinigt.

H. Beschorner (Dresden).

16. **The glomerular functions of the kidney**; by Ernest H. Starling. (Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. 317. June 13. 1899.)

St. versucht neue Stützen für die Filtrationtheorie der Glomerularfunktion im Ludwig'schen Sinne beizubringen. Nach einer zu diesem Zwecke ausgearbeiteten Methode bestimmt er den osmotischen Druck der Colloidsubstanzen des Blutserum (7—8% Eiweiss) zu 25—30 mm Hg. Wenn also das Glomerulusepithel ein für Colloide impermeables Filter ist, so ist der minimale Druck, der noch den Uebergang einer colloidfreien Flüssigkeit in die *Bowman*'sche Kapsel zu Stande kommen lässt, über 30 mm Hg, etwa 40 mm Hg. Dieser Werth stimmt überein mit den Beobachtungen des Blutdruckwerthes, bei denen eben noch Harnsekretion vor sich geht. Die Harnsekretion hört auf, wenn der Blutdruck in den Glomerulis sich den Werthen des osmotischen Druckes der Serumproteide nähert. Bei Injektion von Diureticis nähern sich mit steigender Diurese die Zahlen für die osmotischen Drucke des Harns und des Blutplasma, das umgekehrte Verhalten sollte man erwarten, wenn die Diurese durch Nierenepithelreizung zu Stande käme. St. bestimmt ferner das Nierenvolumen am Oncometer und findet bei Injektion eines Diureticum (Traubenzucker), dass Nierenvolumen und Harnsekretion parallel gehen; der Erfolg bleibt aus, wenn gleichzeitig in die Vene die diuretische Zuckerlösung injicirt und aus der Carotis eine bestimmte Menge Blut entnommen wird; dadurch erscheint es wahrscheinlich, dass die Diurese der Hauptsache nach auf mechanische Kreislaufsänderungen zurückzuführen ist. Also primäre hydrämische Plethora, deren Folge: Blutdrucksteigerung und Vergrösserung der Cirkulationgeschwindigkeit des Nierenblutes. Dass eine specifische Epithelreizung durch die Zuckerinjektion nicht vorliegt, beweist die Thatsache, dass die Diurese verschwindet, lange bevor die Zuckerausscheidung zu Ende kommt.

W. Straub (Leipzig).

17. **Untersuchungen über den Mechanismus der Sekretionen und Exkretionen der Nierenzellen im normalen und pathologischen Zustande**; von Prof. A. Trambusti in Ferrara. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 1. p. 8. 1899.)

Vergleichende Untersuchungen, die Tr. an den gesunden Nieren verschiedener Wirbelthiere, ferner an den Nieren künstlich durch Gifte oder durch Unterbindung des Harnleiters krankgemachter Thiere, endlich an den Nieren von Menschen, die ansteckenden Krankheiten erlegen waren, anstellte, ergaben, dass der *Bürstensaum* an den Zellen der unmittelbar auf die Gefässknäuel folgenden gewundenen Nierenkanälchen lediglich durch die *Absonderungen seitens der Zelle* hervorgerufen wird, dass der von Tr. beschriebene, von anderen Forschern nicht bemerkte gestreifte Rand dagegen eine besondere Vorrichtung der Zellen darstellt, die für den Ausscheidungvorgang von höchster Wichtigkeit ist.

Tr. nimmt an, dass der *gestreifte Saum*, der den freien Rand der Nierenzellen begrenzt, eine wirkliche *Schutzvorrichtung* der Zelle ist, in dem Sinne, dass er den Austritt von für den Bestand der Zelle, bez. des Körpers nützlichen Stoffen verhindert.

Was die in denselben Zellen vorkommenden *Bläschen* anlangt, so neigt Tr. zu der Annahme, dass die Bildung durchscheinender (hyaliner) Cylinder von diesen Bläschen ausgeht.

Radestock (Blasewitz).

18. **Zur Frage der inneren Sekretion von Nebenniere und Niere**; von Dr. M. Lewandowsky. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 535. 1899.)

Mit dem Begriffe der inneren Sekretion wird mancherlei Unfug getrieben. Im einzelnen Falle ist die Frage so zu stellen: „wird von einem Organe ein Stoff an das Blut abgegeben, welcher in erkennbarer Weise irgend eine Funktion des Organismus beeinflusst, und in welchem Umfange geschieht dies?"

Auf dieser Grundlage hat L. Nebenniere und Niere geprüft und hat gefunden, dass die Annahme, das Sekret der Nebenniere bewirke eine Blutdrucksteigerung, auf recht schwachen Füssen steht, und dass für eine innere Sekretion der Niere bisher überhaupt kein Beweis erbracht worden ist.

Dippe.

19. **Further observations upon the general physiological effects of extracts of the suprarenal capsules**; by Swale Vincent. (Journ. of Physiol. XII. 4. p. 270. 1898.)

Die subcutane Injektion des Nebennierenextraktes, entsprechend dem Gewichte von 60 g frischer Drüsen ruft bei Hunden zunächst Erregung mit Muskelzittern, später Parese und Lähmung hervor; ferner werden die Thiere auffallend durstig, lassen viel Harn, der aber nie blutig ist. Manchmal erbrachen die Hunde auch. Die Lähmung war

vor dem Tode mit einem Temperaturabfalle bis auf 26° C. verbunden. Bei Katzen begann die Vergiftung mit starker Beschleunigung der Athmung, die allmählich in das Gegentheil überging.

In Anbetracht der grossen Dosen von Nebennierenextrakt, die zur Erzielung von Vergiftungsymptomen nöthig waren, nahm V. Controlversuche mit Extrakten von Kaninchenlebern und von Schafsgehirn, von Milz, Nieren und Muskeln vor. Da alle diese Organextrakte wirkungslos waren, wenn sie durch Kochen und Filtriren bereitet waren, schliesst V., dass im Säugethierorganismus ausser der Schilddrüse nur die Nebenniere ein giftiges Extrakt liefert. Auch das Extrakt der Zirbeldrüse (Glandula pituitaria) war ohne Wirkung.

Bei Katzen vermochte die *subcutane* Injektion selbst tödtlicher Dosen von Nebennierenextrakt während der nächsten der Injektion folgenden halben Stunde nicht einmal den Blutdruck in die Höhe zu treiben. H. Dreser (Elberfeld).

20. **The behaviour of the haemoglobin and electrolytes of the coloured corpuscles when blood is laked**; by G. N. Stewart. (Journ. of Physiol. XXIV. 3 u. 4. p. 211. 1899.)

St. bestimmte die elektrische Leitfähigkeit (den Dissociationgrad) und die Gefrierpunktserniedrigung (die molekulare Concentration) von Blut, das er auf verschiedenem Wege lackfarbig gemacht hatte; durch Verdünnung mit Wasser, durch Erwärmen, durch Zugabe von Saponin oder Serum einer fremden Thierart, durch längeres Stehenlassen oder Gefrieren und Wiederaufthauen. Resultate: das gegenseitige Verhältniss zwischen Hämoglobin, Elektrolyten und anderen Bestandtheilen des rothen Blutkörperchens oder dessen Hülle ist ein derartiges, dass unter Umständen das Hämoglobin austreten kann, während die Elektrolyten zurückgehalten werden; wenn auch bei gewissen Bedingungen die Elektrolyten die Hülle passiren und das Hämoglobin zurückgehalten wird, so ist es doch im Allgemeinen für das Hämoglobin trotz seines grossen Moleküls leichter die Hülle zu passiren als für die Elektrolyten. Da das rothe Blutkörperchen nicht genügend wasserhaltig ist, um alles Hämoglobin zu lösen, und andererseits bei Verdünnung mit Wasser für jeden Verdünnungsgrad eine bestimmte Menge Hämoglobin nach aussen tritt, während doch vermuthet werden sollte, dass bei durch Verdünnung einmal hergestellter Permeabilität alles Hämoglobin nach aussen gehen sollte, so schliesst V., dass im Blutkörperchen ein Theil des Farbstoffes ungelöst enthalten ist. V. hält es sogar für wahrscheinlich, dass kein Hämoglobin und nur ein Theil der Elektrolyten im Blutkörperchen gelöst ist; der ungelöste Rest soll in irgend einer festen Bindung am Stroma sein.

W. Straub (Leipzig).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

21. **Weitere Untersuchungen über die bakterienfeindlichen Stoffe der Leukocyten**; von A. Schattenfroh. (Arch. f. Hyg. XXXV. 2. p. 135. 1899.)

Für die *Serumalexine* hat Buchner gefunden, dass sie zur Entfaltung ihrer Wirksamkeit an einen gewissen Salzgehalt ihres Medium gebunden sind, und dass sie bei Erhöhung des Salzgehaltes über die physiologische Norm hinaus widerstandsfähiger gegen höhere Temperaturen werden. Die baktericide Wirkung der *Leukocytenstoffe* ist dagegen nach Sch. unabhängig von dem Salzgehalte des Medium; die Erklärung dieses abweichenden Verhaltens liegt vielleicht darin, dass die baktericiden Stoffe in den Zellen in einem anderen Molekularcomplexe abgelagert sind, als in der Gewebe- oder Blutflüssigkeit, vielleicht sind auch die baktericiden Leukocytenstoffe als Vorstufen der Serumalexine aufzufassen. Das Exsudatplasma nimmt nach seinem Verhalten eine Mittelstellung zwischen Zelle und Blutserum ein.

Eine *globulicide* Wirkung kommt den bakterienfeindlichen Stoffen der Leukocyten nicht zu. Sch. vermuthet daher, dass die globulicide Wirkung des Blutserum auf einem specifisch globuliciden Stoffe beruht, und schlägt vor, den Sammelausdruck „Alexine" fallen zu lassen und diese Bezeichnung nur für die *baktericiden* Stoffe des Serum zu gebrauchen.

Es folgt dann eine kritische Besprechung der Arbeiten von Löwit, Bail u. A.

Woltemas (Diepholz).

22. **Ueber die baktericide Kraft der Leukocytenstoffe verschiedener Thierspecies und ihr Verhältniss zu den baktericiden Stoffen des Blutserums**; von Dr. C. Däubler in Berlin. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 129. 1899.)

D. wies durch Thierversuche nach, dass die keimtödtende Kraft der weissen Blutkörperchen verschiedener Thiere (Hund, Kaninchen und Meerschweinchen) an sich eine messbar verschiedene ist, und dass auch bestimmten Krankheiterregern gegenüber dieser Unterschied zwischen den einzelnen weissen Blutkörperarten sehr bestimmt hervortritt. Wurde z. B. ein bestimmter Spaltpilz von den Eiterkörperchen des Hundes schneller vernichtet, als von Eiterkörperchen des Kaninchens, so zeigten sich manchen anderen Spaltpilzen gegenüber die Eiterkörperchen des Kaninchens denen des Hundes an Kraft überlegen.

Die keimtödtende Kraft keimfreien Eiters war an sich höher als die eines Eiterkörperchen enthal-

tenden Brusthöhlenergusses von demselben Thiere und wurde innerhalb einiger Tage nicht abgeschwächt.

Die lebenden, wie die abgetödteten weissen Blutkörperchen des Hundes besassen an sich mehr keimtödtende Kraft, als ihr Blutwasser (bez. Lymphe) und behielten sie auch nach Erhitzen auf 60° C. bei Vertheilung in neutraler keimfreier Flüssigkeit, in der übrigens die Erscheinung der Zusammenballung nicht zu Stande kam.

Wurden weisse Blutkörperchen einer fremden Thierart in einen Thierkörper gebracht, so büssten die des letzteren nichts an Kraft und Lebensfähigkeit ein, wenn auch die ersteren nach kurzer Wirksamkeit zerfielen.

Wurde endlich ein Hund unempfänglich für Typhus gemacht, so wurden in seinen weissen Blutkörperchen keine keimtödtenden Stoffe abgelagert und ihre keimtödtende Kraft blieb unverändert dieselbe.

Als *Hauptergebniss* glaubt D. seinen Beobachtungen das entnehmen zu dürfen, *dass die keimtödtenden Stoffe des Blutwassers* einerseits *und die der weissen Blutkörperchen* andererseits *nicht die gleichen* sind. Radestock (Blasewitz).

23. **Étude sur la phagocytose des streptocoques atténués et virulents**; par L. Marchand. (Arch. de Méd. expérim. X. 2. p. 253. 1898.)

M. beobachtete das Verhalten abgeschwächter und vollvirulenter Streptokokken in ihrer Wirkung auf den Thierkörper. Sowohl die abgeschwächten, wie die hochvirulenten Streptokokken wurden durch Blutserum von Kaninchen, Hunden und Meerschweinchen nicht vernichtet, sondern vermehrten sich reichlich darin. Anders verhalten sich beide Arten gegenüber den Leukocyten. Während die abgeschwächten Streptokokken einer energischen Phagocytose unterliegen, ist diese bei den virulenten Keimen nur schwach und gering. Die Phagocytose hängt nach Ansicht von M. von den physischen Eigenschaften der Mikroben ab und steht unter dem Einflusse der taktilen Funktionen der Leukocyten. Ein virulenter Streptococcus ist daher ein solcher, der der Phagocytose nicht unterliegt. Forstmann (Dresden).

24. **Zur Theorie der als „Fadenbildung" beschriebenen Serumreaktion**; von Dr. Meinhard Pfaundler. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 13. 1899.)

Pf., der bereits im Herbste 1897 auf das Auftreten von Fadenbildung in Spaltpilzculturen (von Bact. coli) aufmerksam wurde, beobachtete hierbei im Wesentlichen, dass in der Mischung von Cultur und verdünntem Blutwasser stäbchenförmige Spaltpilze zu zarten, scheinbar endlos langen, zu dichten Knäueln verschlungenen Fäden auswachsen.

Eine merkwürdige Eigenschaft dieser Fäden war die, bei der geringsten Erschütterung zu *zerfallen*, so dass *photographische Aufnahme* Pf. beinahe unmöglich erschien. Nach vielen missglückten Versuchen gelang es aber endlich, das Bild eines hängenden Tropfens mit diesen Fäden aufzunehmen. Dieses Bild zeigte in vorzüglicher Weise, dass *sämmtliche* Stäbchen des Spaltpilzes 48 Stunden nach der Mischung von Cultur und verdünntem (1proc.) Blutwasser zu Fäden ausgewachsen waren und buchstäblich nicht ein einziges Stäbchen daran unbetheiligt geblieben war, dass ferner die Fäden, die während der $2^1/_2$stünd. Aufnahme scheinbar *bewegungslos* blieben, *stellenweise verzweigt* und gegliedert waren. Die Fadenbildung war meist von einer *Klärung* der Nährflüssigkeit, bez. Cultur und einer mit freiem Auge wahrnehmbaren *Niederschlagsbildung* begleitet, weshalb Pf. vermuthet, dass Fadenbildung und Zusammenballung (Gruber) in Zusammenhang mit einander stehen.

Im Uebrigen betrachtet Pf. diese Fadenbildung als Zeichen einer Umwandlung der Spaltpilze im erkrankten Körper und als Ausdruck der eingetretenen *Unempfänglichkeit* des Blutwassers, bez. des Körpers *für neue Ansteckungen.* Radestock (Blasewitz).

25. **Ein Beitrag zur Kenntniss des Mechanismus der Agglutination**; von Dr. R. Kraus und Dr. W. Seng. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 1. 1899.)

K. u. S. schlossen aus ihren physikalischen Versuchen, dass das Entstehen flockiger Niederschläge von Spaltpilzen ein *rein mechanischer*, durch das Entstehen von Niederschlägen überhaupt bedingter *Vorgang* ist, der mit der Beschaffenheit der Spaltpilze an sich und deren Lebenserscheinungen in keinerlei unmittelbarem Zusammenhange steht. Radestock (Blasewitz).

26. **Ueber die Pilze des Paludismus.** *Bakteriologische und klinische Untersuchungen;* von Dr. v. Kubassow. (Berlin 1898. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 24 S. mit 5 Tafeln.)

Die Untersuchungen wurden bei den 3 Haupttypen der Malaria, der Quotidiana, Tertiana und Continua vorgenommen. Es wurden, um die Formen des Parasiten zu erforschen, fortlaufend zahlreiche Bluttrockenpräparate in den verschiedenen Stadien der Krankheit und nach dem Anfalle gemacht. Zu Reinculturen wurden die klassischen Nährböden, Bouillon, Gelatine, Agar-Agar, wie auch solche mit Zusatz von Harn, Glycerin, Eisen, Ferratin, Traubenzucker, Reis, Kartoffeln u. s. w. verwendet. Ueberimpft man einen Tropfen Blut eines an Febris quotidiana Erkrankten auf geeignete Nährböden, so entwickeln sich schon in einigen Stunden Mycelien. Auf dem Mycelium erscheinen an Hyphen Knospen und Kugeln. Diese Plasmodialkugeln platzen und liefern Plasmodialscheiben, an deren Peripherie Sporen bemerkbar werden. Durch Zerfall der Scheiben entstehen die eigentlichen

Plasmodien. Ausser ihnen kommen noch andere Bildungen in Form von Rosetten vor, die bei wiederholten Erkrankungen eines Individuum eine Rolle spielen. Die Plasmodien spalten sich wieder und zuletzt resultirt eine enorme Masse von mit einem schmalen Ringe plasmodialen Protoplasmas umgebenen Sporen. Durch eigenartige Sprossung der Sporen entstehen Promycelien (Keimmycel), die unter günstigen Umständen in Mycelium auswachsen. Bei der Tertiana und Continua ist der Entwickelunggang fast derselbe. Im Blute von Vögeln, die für den Intermittenspilz sehr empfänglich sind, wie auch beim Menschen machen die Pilze denselben Entwickelunggang durch wie in der Cultur.

Das Froststadium beim Menschen fällt mit dem Momente des Freiwerdens der Sporen aus den Plasmodien zusammen; im Hitzestadium findet man im Blute eine enorme Menge von Sporen. Das Promycelium erscheint beim Menschen bei der Febris quotidiana 10 Stunden nach Anfang des Anfalles. Die Pilze sind wenig resistent. Zusätze von Chinin und Arsenik zu den Nährböden beeinträchtigen die Entwickelung sehr stark. Auf Grund der Untersuchungen soll man Chinin. hydrochlor. 14—15 Stunden, Chinin. sulphur. 16—18 Stunden vor Beginn des Anfalles bei der Quotidiana und 24 Stunden vor Beginn des Anfalles bei der Tertiana geben. Die Infektion geschieht sowohl durch die Lungen, als durch den Verdauungtractus. Bei der Verbreitung der Krankheit spielen die Vögel eine bedeutende Rolle, da der in den Exkrementen entleerte Pilz in deren Blute Monate lang fortlebt. Die Bewusstlosigkeit bei der Intermittens comatosa ist einmal durch Verschluss der Gefässe des Hirns durch Plasmodien und bei einer zweiten Form durch Intoxikation des Organismus durch ein Toxin zu erklären.

v. K. beschreibt noch den Befund bei der Malariakachexie und der Febris quartana, der der Behandlung am hartnäckigsten widerstehenden Form. Forstmann (Dresden).

27. **Neuere Arbeiten über Malaria** (*1892—1897*). Zusammenfassendes Referat von Dr. Ottone Barbacci in Siena. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 2 u. 3. p. 64. 1899.)

B., der bereits 1892 das Wichtigste aus der Literatur über Sumpffieber in einer zusammenfassenden Arbeit mitgetheilt hat, giebt in der vorliegenden *werthvollen* Arbeit zunächst eine Zusammenstellung aller seitdem bis zum Jahre 1897 erschienenen Veröffentlichungen über Sumpffieber, unterzieht sie einer kritischen Besprechung und stellt zuletzt die wichtigsten Thatsachen, die sich aus den einzelnen Arbeiten ergaben, kurz zusammen.

In der Schlussbetrachtung betont B., dass nun keine Unklarheit mehr darüber bestehe, dass das Sumpffieber eine von *Parasiten* verursachte Krankheit sei. Der feinere *Bau* der Sumpffiebererreger ist der Gegenstand wichtiger Arbeiten gewesen, die zum grössten Theile mittels neuer Färbungsweisen ausgeführt wurden. Das wichtigste Ergebniss dieser Untersuchungen besteht darin, dass Einige im Parasiten einen Kern fanden mit allen den Eigenschaften, wie man sie an den Kernen von Zellen thierischer Gewebe findet; Manche gingen sogar so weit, anzunehmen, dass bei der Vermehrung Kerntheilungsfiguren in diesem Kerne auftreten (Romanowsky u. A.). Andere leugnen das Vorkommen solcher Kerntheilungsfiguren und überhaupt die Kernnatur dieses kernähnlichen Gebildes (Bastionelli und Bignami).

In Betreff der Stellung der Parasiten im Thierreiche stimmen jetzt alle Forscher darin überein, ihn den *Sporozoën* zuzurechnen; die meisten bringen ihn in einer besonderen Ordnung, den *Hämosporidien,* unter. Die *Züchtung* des Sumpffiebererregers ist bisher misslungen.

Dass das Sumpffiebererreger enthaltende Blut, wenn es in den Kreislauf gesunder Menschen eingeführt wird, bei diesen das Sumpffieber erzeugt, war schon früher bekannt; neuere Versuche ergaben übereinstimmend, dass auf diese Weise nicht nur Sumpffieber überhaupt, sondern sogar dessen zeitlicher Verlauf übertragen wird, d. h. die Art des Wechselfiebers.

Kein Forscher konnte angeben, in welchem Zustande sich der Sumpffiebererreger ausserhalb des menschlichen Körpers befindet und wie er in letzteren *eindringt.*

Auch die *Uebertragung* des Sumpffiebers von der schwangeren Mutter auf das Kind ist noch eine unentschiedene Frage.

Festgestellt wurde, dass sich während eines Sumpffieberanfalles *Giftstoffe* im Körper bilden, die am leichtesten durch den Harn und zum Theil auch durch den Schweiss ausgeschieden werden.

Der Verdauungsthätigkeit der *weissen Blutkörperchen* im Verlaufe des Sumpffiebers maassen die Forscher verschiedenen Werth bei: einige hielten die weissen Blutkörperchen nur für fähig, die vom Sumpffieber angegriffenen rothen Blutkörperchen und abgestorbene Krankheiterreger, also so zu sagen die Schlacken des Blutes in sich aufzunehmen; andere waren der Ansicht, die weissen Blutkörperchen vermöchten lebendige Krankheiterreger anzufallen, sie zu verschlucken und zu zerstören.

Während endlich einige Forscher der Meinung waren, auch die *Ansteckungen* im Frühjahre könnten ausnahmeweise bösartiges Sumpffieber zur Folge haben, stimmten die meisten in der Annahme überein, lediglich die Ansteckung im Sommer, bez. Herbst, zeichne sich durch Bösartigkeit des Fiebers aus.

Bei *bösartigen* Fieberanfällen war die absolute Menge der Parasiten in dem ergriffenen Körper ungeheuer gross, nur stand sie nicht immer im Verhältnisse zu der, die man durch Untersuchung des kreisenden Blutes allein feststellen kann.

Von allen *Begleiterscheinungen* des Sumpffiebers zog das *Blutfarbstoffharnen* die Aufmerksamkeit der behandelnden Aerzte am meisten auf sich. Es pflegt in Ländern der heissen Zone häufiger und stärker aufzutreten als in der gemässigten Zone und wird von den meisten Forschern den Nieren zugeschrieben, d. h. einer *Nierenentzündung.*

Radestock (Blasewitz).

28. **Italienische Gesellschaft zur Erforschung der Malaria.** *1. Jahresbericht (1898),* erstattet von Prof. Celli in der 1. Sitzung der Gesellschaft (3. Dec. 1898). (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 5. p. 187. 1899.)

C. berichtete, die Uebertragung des Sumpffiebers auf Menschen durch Insekten sei nunmehr durch Versuche erwiesen; letztere hätten indess ergeben, dass die gemeinste Stechmückenart (*Culex pipiens*) für den Menschen *unschädlich* ist.

Das Ziel weiterer Untersuchungen sei, Thiere unempfänglich für das Sumpffieber zu machen und von ihnen dann Mittel zur *Schutzimpfung* zu erlangen. Hierfür sei es nicht belanglos, dass Dionisi einen dem menschlichen Sumpffieberkeime ganz ähnlichen Schmarotzer bei einigen Arten von Fledermäusen und Casagrandi einen solchen innerhalb der rothen Blutkörper eines kleinen Säugethieres der Gefilde fand.

Radestock (Blasewitz).

29. **Zur Färbung der Malariaparasiten**; von Dr. Nocht in Hamburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 22. p. 839. 1898.)

N. erhielt tadellose Präparate von Sumpffieberparasiten, wenn er zur Färbung *neutrale* schillernde Methylenblaulösung verwandte, die er mit Eosin und gewöhnlichem Methylenblau *vermischt* hatte. Dann hob sich der leuchtend roth gefärbte Kerntheil des Schmarotzers prachtvoll von dem übrigen, rein blau gefärbten Körper und letzterer wieder sehr deutlich von den rosig bis braunroth gefärbten rothen Blutkörperchen ab.

Dieses Verfahren ist eine Verbesserung der Romanowsky'schen Färbung und zeichnet sich, wie N. angiebt, durch Zuverlässigkeit und leichte Handhabung aus. Radestock (Blasewitz).

30. **Bakteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten**; von Dr. Otto Zusch in Aachen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 21. p. 769. 1898.)

Z., der auf Anregung Dinkler's den Auswurf von 25 keuchhustenkranken Kindern untersuchte, fand darin regelmässig ein *Kurzstäbchen,* das gut auf feuchten Nährböden gedieh, keine Sporen bildete, sehr geringe Widerstandsfähigkeit gegen Hitzegrade über 40° C. und gegen Austrocknung besass, sich am besten bei 37—38° C., erheblich langsamer bei Zimmerwärme entwickelte und geringes Sauerstoffbedürfniss besass. Es brachte Milch nicht zum Gerinnen, Traubenzuckeragar nicht zum Gähren. Stammte der Auswurf aus der Zeit der heftigsten Anfälle, so gelang die *Reinzüchtung* aus dem Auswurfe sehr leicht. Mit der Abnahme der Hustenanfälle (Stadium catarrhale) schwanden auch die Kurzstäbchen aus dem Auswurfe.

Letzterer Umstand, sowie manche andere Eigenschaften dieses Spaltpilzes machten es zwar *wahrscheinlich,* dass das beschriebene Kurzstäbchen der Erreger des Keuchhustens ist, was nicht nur für die frühzeitige Erkennung, sondern auch für die Behandlung des Keuchhustens, sowie für den Schutz dagegen von Wichtigkeit wäre, doch ist der Nachweis hierfür noch nicht erbracht.

Radestock (Blasewitz).

31. **Zur Frage der bei Keuchhusten beschriebenen Polbakterien**; von Dr. Czaplewski in Köln. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 23. p. 865. 1898.)

Cz. verglich seine Präparate von Keuchhustenstäbchen mit den von Zusch in Aachen hergestellten Präparaten desselben Spaltpilzes; die Befunde Beider deckten sich vollständig. Zusch war unabhängig von Hensel und C. zu den gleichen Ergebnissen gelangt.

Um so mehr hält Cz. Vincenzi gegenüber daran fest, dass ihm die Reinzüchtung von Keuchhustenspaltpilzen gelungen sei und dass letztere mit falschen Diphtheriestäbchen nichts zu thun hätten. Auf die Angaben Vincenzi's, der den Erreger des Keuchhustens in einem sehr kleinen Kugelstäbchen entdeckt zu haben glaubt, will C. eine besondere Erwiderung folgen lassen.

Radestock (Blasewitz).

32. **Ueber die Cultur der von mir bei Lepra gefundenen Diphtheridee**; von Prof. V. Babes in Bukarest. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 125. 1899.)

B., der 1889 im Aussatze einen dem Loeffler'schen ähnlichen Spaltpilz gefunden und gezüchtet hatte, setzte diese Untersuchungen neuerdings fort, wobei er fand, dass der dem Bräunestäbchen ähnliche Spaltpilz in der That bei Aussatz regelmässig und in vielen Körpertheilen, bez. Eingeweiden verbreitet vorkommt und dass er (was auch für andere Spaltpilze der diphtherieähnlichen Gruppe gilt) sich *nicht* nach dem Ehrlich'schen Verfahren färbt. Bisher fand B. indess kein entscheidendes Merkmal auf, um den Aussatz-Spaltpilz von den gewöhnlich in Geschwüren vorkommenden Stäbchen zu unterscheiden, namentlich von solchen, die sich langsam, aber reichlich entwickeln.

Nach dieser Sachlage kam B. zu keinem abschliessenden Urtheile über die Bedeutung des fraglichen Spaltpilzes; er begann aber Thiere damit zu impfen, um von ihnen Blutwasser für weitere Untersuchungen zu gewinnen.

Radestock (Blasewitz).

33. **Ueber den Dysenteriebacillus (Bac. dysenteriae)**; von Dr. K. Shiga in Tokio. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 22. p. 817. 1898.)

Im Herbste des Jahres 1897 wüthete die Ruhr in allen Theilen Japans. Von 89400 Fällen nahmen 22300 = 24% einen tödtlichen Ausgang.

Unter Leitung Kitasato's nahm Sh. an 36 dazu besonders ausgewählten Kranken Spaltpilzuntersuchungen vor:

Bei 34 Ruhrkranken wurde in den Entleerungen und bei 2 an Ruhr Verstorbenen in der Darmwand und den Gekrösdrüsen jedesmal ein eigenartiger stäbchenförmiger Spaltpilz gefunden, der nie bei Gesunden oder anderen Kranken gefunden wurde. Er war ein kürzes Stäbchen mit abgerundeten Enden und ähnelte den Coliarten. Er färbte sich mit *Methylenblau,* besonders stark an beiden Enden; nach Gram wurden die Pilze entfärbt. Sie hatten eine mässige Eigenbewegung, Geisselfäden konnten nicht sicher nachgewiesen werden; Sporenbildung fehlte. Von den Aussaaten des Stäbchens wurde *Gelatine nicht verflüssigt.* Im Allgemeinen wuchsen die Stäbchen auf stark *alkalischen* Nährböden am besten.

Wurden diese Stäbchen mit dem Blutwasser Ruhrkranker zusammengemischt, so *ballten* sie *sich* deutlich zu Klümpchen *zusammen,* was bei dem Zusatz von Blutwasser anderer (ruhrfreier) Kranker oder Gesunder ausblieb. Wurden reingezüchtete Stäbchen einem *Meerschweinchen* in die Bauchhöhle eingespritzt, so entstanden manchmal Blutungen auf der Darmwand, so dass der Darminhalt sich blutig verfärbte. Führte man die reingezüchteten Spaltpilze jungen *Hunden* oder *Katzen* in den Magen ein, so erkrankten diese nach 1—2 Tagen an schleimhaltigen Durchfällen. Als ferner Sh. sich 0.8 ccm einer durch Wärme abgetödteten Fleischbrühaufschwemmung von reingezüchteten Stäbchen in den Rücken hatte einspritzen lassen, erkrankte er fieberhaft an schweren Allgemeinerscheinungen, wie er sie bei schweren Ruhrfällen sah; indessen berichtet er nichts von Durchfällen.

Nach diesen Ergebnissen vermuthete Sh., dass man den von ihm beschriebenen Spaltpilz als Erreger der Ruhr betrachten könne und begann Versuche über *Schutzimpfung* anzustellen, über die er bald Näheres mittheilen will.

Endlich zog Sh. aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen den Schluss, es sei ungewiss, ob das von ihm beschriebene Stäbchen sich mit dem typhusähnlichen Spaltpilz von Kruse und Pasquale oder mit dem B. coli dysenterico von Lelli decke; für diese Entscheidung sei noch der Nachweis der Zusammenballung erforderlich. Auch fand Sh., dass der seiner Zeit von Ogata beschriebene Spaltpilz dem seinigen nicht gleich sei, da ersterer im Gegensatz zu letzterem sich nach Gram färbt und Gelatine verflüssigt und bei den von Sh. untersuchten Ruhrkranken überhaupt niemals zu finden war. Radestock (Blasewitz).

34. **Ulcerative colitis**; by Joseph T. Buxton. (Proceedings of the pathol. Soc. of Philad. II. 3. p. 51. Jan. 1899.)

Der Dickdarm eines an ruhrartigen Erscheinungen verstorbenen erwachsenen Mannes war stark verdickt. Seine Schleimhaut zeigte zahlreiche Blutergüsse und zahlreiche bis in das Zellgewebe unter der Darmschleimhaut sich erstreckende, bis 1 cm im Durchmesser grosse Geschwüre. Die Gekrösdrüsen waren stark vergrössert, die Nieren blutüberfüllt, blutig gefärbter Erguss war in der Bauchhöhle vorhanden.

Etwaige Krankheiterreger scheint B. nicht gefunden zu haben. Radestock (Blasewitz).

35. **Hemorrhagic infarction of the mesentery and intestine**; by David Riesmann. (Proceedings of the pathol. Soc. of Philad. II. 4. p. 53. Febr. 1899.)

Eine ältere, an Fettsucht leidende Frau erkrankte an allmählich eintretendem Schmerz in der Magengegend, wozu sich (blutiger) Durchfall und Kotherbrechen gesellten.

Die Todesursache bestand in einer Verstopfung der oberen Gekrösvene, muthmaasslich verursacht durch Schrumpfleber. Das zugehörige Darmstück war mit Blut durchsetzt, bez. brandig geworden; eine umschriebene frische Bauchfellentzündung deutete darauf hin, dass Spaltpilze durch die veränderte Darmwand hindurch gedrungen waren.

Klinisch bemerkenswerth war in diesem Falle das allmähliche Einsetzen des Schmerzes, der bei plötzlicher Verstopfung der Gekrösschlagader schlagartig einsetzt, sowie der Mangel eines wässrigen Ergusses in der Bauchhöhle, der bei Verstopfung der Gekrösschlagader nicht ausbleibt. Radestock (Blasewitz).

36. **Multiple amoebic abscess of the liver without dysentery**; by Joseph T. Buxton. (Proceedings of the pathol. Soc. of Philad. II. 3. p. 49. Jan. 1899.)

Der Tod einer 41jähr. Frau wurde durch Leververeiterung verursacht, ohne dass Ruhr vorausgegangen wäre. Die vergrösserte Leber zeigte in ihrem linken Lappen einen wallnussgrossen, im rechten 4 noch grössere *Eiterherde,* in deren Inhalt *Amoeba coli* nachzuweisen war.

Das die Eiterherde umgebende Lebergewebe war nicht krankhaft verändert; ebenso war die Darmschleimhaut allenthalben gesund. Radestock (Blasewitz).

37. **An experimental inquiry into cirrhosis of the liver**; by Vaughan Harley and Wakelin Barratt. (Brit. med. Journ. Dec. 10. 1898.)

H. u. B. schlossen Kaninchen und Meerschweinchen als Versuchsthiere aus, weil bei solchen häufig das Krankheitbild durch Darm-, bez. Leberschmarotzer (Psorospermien) getrübt wird, und benutzten lediglich *Katzen,* bei denen sie den gemeinsamen Gallengang des linken Leberlappens doppelt (mit Durchschneidung) unterbanden, während sie den rechten Leberlappen unberührt liessen. Nicht nach kurzer Zeit (wie dies frühere Beobachter thaten), sondern erst 5—6 Monate nach der Unterbindung wurden die Thiere getödtet. Es zeigte sich dann, dass der linke Leberlappen im Gegensatz zum rechten nicht mehr eine glatte, sondern eine höckerige Oberfläche besass und dass eine entzündliche Wucherung des Bindegewebes zwischen den

Leberläppchen und ein geringer Schwund der letzteren eingetreten waren. Eine augenfällige Verkleinerung des linken Leberlappens war indessen nach halbjähriger Versuchsdauer noch nicht erfolgt, jedoch glauben H. u. B., dass es zu ihr kommen würde, wenn die Versuchsthiere noch länger am Leben erhalten würden.

Radestock (Blasewitz).

38. **Zur Kenntniss der perikarditischen Pseudolebercirrhose (Pick)**; von Nachod. (Prag. med. Wchnschr. XXIII. 26. 1898.)

Pick hat einen Symptomencomplex beschrieben, der klinisch ganz das Bild der Lebercirrhose darbietet, wobei aber die Sektion eine primäre chronische Perikarditis erkennen lässt mit sekundärer Erkrankung der Leber.

N. beschreibt einen Fall bei einem Kinde, in dem neben einer Herzaffektion Ascites bestand. Bei der Laparotomie, die vorgenommen wurde, da sich eine tuberkulöse Peritonitis nicht ganz ausschliessen liess, war das Peritonaeum völlig glatt, ohne Adhäsionen; die Leber war vergrössert. Die *Sektion* (die nach 1jähr. Spitalaufenthalte vorgenommen wurde) ergab eine Perikarditis mit ausgedehnten Synechien; das Leberparenchym war von derber Consistenz. Der peritonäale Ueberzug der Leber war mit käsigen Knoten besetzt. Es handelte sich um eine Pseudocirrhosis hepatis e renostasi. Die Bauchfelltuberkulose, die zur Zeit der Laparotomie noch nicht bestanden hatte, war als frisch hinzugetreten anzusehen.

Forstmann (Dresden).

39. **Zur Kenntniss der Perihepatitis chronica hyperplastica (Zuckergussleber)**; von Dr. R. Schmaltz und Dr. O. Weber in Dresden. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 12. 1899.)

Mittheilung eines Falles von Perihepatitis chronica hyperplastica, die bisher nur Gegenstand weniger Beobachtungen war.

Aus der ausführlichen Krankengeschichte und dem Sektionprotokolle sei kurz nur Folgendes erwähnt: Die Krankheit begann akut, entwickelte sich langsam und blieb lange stationär. Der Aufnahmebefund ergab im Wesentlichen: Dämpfung und pleuritisches Reiben links hinten unten, systolisches Geräusch an der Herzspitze (zu dem später noch perikarditisches Reiben trat), Ascites, der 33 Punktionen nöthig machte. Die am Rande gewulstete, sonst aber nicht höckerige Leber stand handbreit über der Symphyse. Sektionbefund: Chronische Peritonitis der oberen Theile des Bauchfelles, alte Perityphlitis, frische Pericarditis fibrinosa, Pleuritis adhaesiva sinistra, *Perihepatitis fibrinosa chronica*. Die Leber war mit einem 0.5—0.6 mm dicken, weissen, porzellanartig glänzenden bindegewebigen Ueberzug versehen, der das Leberparenchym comprimirte.

Die hyperplastische Perihepatitis kann in diesem Falle nicht auf eine durch chronische Stauung bedingte Reizung zurückgeführt werden, da schwerere ältere Herzerkrankungen fehlten, doch erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass die Leber durch eine anamnestisch wahrscheinliche vorübergehende Herzschwäche sich akut stark vergrösserte. Zu derselben Zeit (möglicher Weise vom entzündeten Blinddarme aus) gelangten Entzündungerreger in den gespannten Ueberzug der geschwollenen Leber und gaben Anlass zu einer chronischen Entzündung der Leberkapsel. Die Ursachen des sich stets wieder ansammelnden Ascites lassen sich vielleicht durch die Verwandlung eines grossen und für den Abfluss der Peritonäalflüssigkeit wichtigen Theiles des oberen Bauchfelles in schwieliges Gewebe und dadurch bedingte verminderte Resorptionfähigkeit erklären.

H. Beschorner (Dresden).

40. **Ueber örtliche und metastatische Eiterungen des Knochenmarkes**; von Dr. J. Löwenstein. (Dorpat 1899. C. Mattiesen. 8. 54 S.)

In dieser unter Koch's Leitung gearbeiteten Dissertation stellt L. folgende Sätze auf:

„1) Embolisch, auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn eingeleitete Eiterungen des Knochenmarkes, nach Auffassungen der heutigen Zeit die häufigsten Markeiterungen, sind thatsächlich äusserst selten, nach Erfahrungen der Dorpater Klinik im Verhältniss von höchstens 1:300 zu gewärtigen. 2) Die klinisch wichtigste und häufigste Art dieser Eiterung ist vielmehr die örtlich eingeleitete, jene, die von irgend einer Oberfläche aus kürzesten Weges und ohne Vermittelung des Gefässsystems auf den nachbarlichen Knochen übertragen wird. 3) Schuchardt hat Recht, wenn er im Falle solcher Markeiterung statt von alleiniger Osteomyelitis von *Panostitis* redet. Denn es wird 4) in jedem Falle von Markeiterung, allerdings verschieden stark, auch das Periost und die Knochencompakta in Mitleidenschaft gezogen. 5) Gesichtspunkte, die Markeiterung noch weiter als auf Grund des Obigen zu klassificiren, giebt es in grosser Zahl. Nicht unwichtig ist die Scheidung nach Mikroorganismen, die Markeiterungen hervorrufen. 6) Die wichtigsten dieser Mikroorganismen sind einerseits die gewöhnlichen Eitererreger: Staphylo- und Streptokokken, andererseits Tuberkelbacillen; letztere wenigstens häufig in Mischung mit den ersten. 7) Ponfick's 1873 geäusserte Meinung, dass die Erreger der Markeiterung ausserordentlich verschieden seien, hat sich bestätigt. 8) Denn wie Kokken, Tuberkelbacillen und der von früher her bekannte Rotzbacillus sind für die Markeiterung u. A. noch Typhusbacillen, Pneumokokken, Influenzabacillen und Aktinomyces heranzuziehen. 9) Diese Auslese wird sicher vermehrt werden; Bedeutung aber hat sie in erster Linie für die hämatogene und lymphogene Osteomyelitis, also für die klinisch seltensten Fälle der Markeiterung. 10) Ob Markeiterungen allein durch chemische Körper sich leisten lassen oder nicht, ist in klinischer Hinsicht von ebenso geringer Bedeutung, wie die andere Frage, ob allein Stoffwechselprodukte gewisser Mikroorganismen dieses vermögen."

P. Wagner (Leipzig).

41. **Histologische Untersuchungen bei experimentell erzeugter Osteomyelitis**; von Prof. Enderlen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 293. 1899.)

Die Mittheilungen über die *mikroskopischen Befunde bei der eiterigen Entzündung des Knochenmarkes* sind sehr spärlich. In der jüngsten Zeit ist Marwedel dieser Frage näher getreten. E. hat im Marchand'schen Institute die Ergebnisse von Marwedel einer Nachprüfung unterzogen.

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen stellt E. in folgenden Schlusssätzen zusammen: 1) Das Knochenmark reagirt auf die Verletzung mit Degeneration, die alle Zellen der getroffenen Stelle betrifft. 2) Die Nekrose ist nicht sehr ausgedehnt, erstreckt sich insbesondere nicht weit in die Nachbarschaft hinein; es folgen so gut wie gar keine Erscheinungen einer reaktiven entzündlichen Infiltration. 3) Die ersten Anzeichen der Regeneration sind an den Bindegewebezellen zu beobachten, und zwar schon 24 Stunden nach der Verletzung. 4) Die Wucherung der Bindegewebezellen ist sehr rege und erstreckt sich längs der Gefässe (von diesen ausgehend) eine Strecke weit in die Umgebung hinein. 5) Eosinophile und pseudoeosinophile Zellen müssen streng auseinandergehalten werden. 6) Aus keiner der beiden eben genannten Zellenformen oder den übrigen Markzellen entstehen Spindelzellen. 7) In dem jugendlichen Bindegewebe entstehen Fettzellen. 8) Die Neubildung von Fettzellen beginnt am Ende der 1. Woche und macht dann rasche Fortschritte. 9) Um dieselbe Zeit kommt es zur Einwanderung von Markzellen (und acidophilen Zellen) aus der Umgebung. 10) Die Zuwanderung der Markzellen dauert fort, die Eindringlinge vermehren sich an Ort und Stelle. 11) Riesenzellen entstehen aus zugewanderten Markzellen. 12) Die dislocirten Knochensplitterchen gehen zu Grunde; sie geben Anlass zur Bildung von Fremdkörperriesenzellen (Resorptionriesenzellen).

P. Wagner (Leipzig).

42. **Recherches sur la dégénérescence amyloide expérimentale**; par Gius. Antonio Petrone. (Arch. de Méd. expérim. X. 5. p. 682. Sept. 1898.)

Die in neuester Zeit gemachten Versuche, Amyloidentartung experimentell herbeizuführen, regten auch P. zu gleichen Versuchen an. Er benutzte hierzu giftige Bouillonculturen des Staphylococcus pyogenes aureus und erhielt ähnliche Ergebnisse, wie sie Andere auch beschrieben haben. Bei genauerem Zusehen ergab sich aber, dass es sich nicht um richtiges Amyloid handelte, sondern, dass solches nur vorgetäuscht werde, und zwar durch Imbibition der Gewebe mit Blutfarbstoffen, die eine ganz gleiche Reaktion zeigten.

P. machte zunächst bei 7 Kaninchen Einspritzungen von den erwähnten Culturen, und zwar bei 4 subcutan, bei 1 peritonäal, bei 2 intravenös. Die Menge, anfänglich schwach, wurde fortschreitend erhöht, in einigen Fällen bis zu 30 ccm, bei mittleren Zwischenzeiten von 5 bis 7 Tagen. Das 1. Kaninchen (2 subcutane Einspritzungen von 0.50—1.50 ccm) starb nach 10 Tagen, das 2. (9 subcutane Einspritzungen von 0.50—12 ccm) nach 2 Monaten; die beiden letzten (mit 12 subcutanen Einspritzungen von 0.50—30 ccm) wurden nach 2½ Monaten getödtet; fast alle Injektionsstellen abscedirten. Das Thier, das 8 peritonäale Einspritzungen von 0.50—20 ccm erhalten hatte, wurde am 42. Tage getödtet; hier zeigte sich die Peritonäalhöhle mit incystirten Eiterherden besät. Von den Thieren mit intravenöser Einspritzung starb das eine am 21. Tage an accidenteller Krankheit, das andere wurde nach 2 Monaten getödtet, nachdem es 11 Injektionen von 0.20—3 ccm erhalten hatte. Alle Thiere waren zunehmend abgemagert, einige bis zur Hälfte des ursprünglichen Gewichtes.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Organe dieser Thiere zeigten sich nun (abgesehen von den beiden wenige Tage nach der Einspritzung verstorbenen, bei denen überhaupt nichts zu sehen war) ziemlich übereinstimmend folgende Veränderungen:

Milz: Follikel im Allgemeinen unversehrt, doch in einigen die Wandungen wie aufgebläht und innere, wie äussere Tunica durch Jod und besonders durch Anilinfarben in charakteristischer Weise amyloid gefärbt; die gleiche Färbung an der Peripherie der Follikel in der Pulpa.

Leber: Einige Gefässwandungen aufgebläht und mittlere und innere Tunica amyloid gefärbt, ebenso gefärbt das Innere der Leberläppchen zwischen den Reihen der Zellen, d. h. entsprechend den intralobulären Capillaren.

Nieren: Auch hier Wandungen von Blutgefässen aufgebläht und innere und äussere Tunica amyloid gefärbt; hier und da in den Glomerulis und Tubulis contortis kleine Flecke von gleicher Färbung.

Vermehrung der Consistenz und des Umfanges der Organe war nicht zu bemerken, eben so wenig speckiger Glanz. Schon hiernach war nach P. stark zu bezweifeln, dass man es mit wirklichem Amyloid zu thun hatte, und zwar aus folgenden Gründen: 1) Es fehlte jedes äussere Merkmal amyloider Entartung, Speckglanz u. s. w. 2) Während bei der menschlichen Amyloidmilz hauptsächlich die Follikel ergriffen werden, waren diese frei, und die Entartung zeigte sich in der Pulpa an der Peripherie der Follikel lokalisirt; auch waren die parenchymatösen Zellen selbst ergriffen, was nach den meisten Forschern bei dem Amyloid beim Menschen nie vorkommt. 3) Entwickelt sich wirkliches Amyloid äusserst langsam, während bei einigen Kaninchen die Erscheinungen schon nach wenigen Tagen eingetreten waren. 4) Lässt sich nach Krawkow aus dem künstlich erzeugten „Amyloid“ eine in Alkohol und einigen anderen Flüssigkeiten lösliche Substanz ausziehen, welchem Umstande das Verblassen der Reaktion in den längere Zeit in Alkohol und anderen Flüssigkeiten gelegenen Präparaten beizumessen ist; beides ist, wie P. betont, bei der menschlichen Amyloidmilz nicht der Fall.

P. glaubt vielmehr, dass wenigstens die durch den Staphylococcus erzeugten Amyloiderscheinungen auf einer durch Erkrankung des Blutes (Zerstörung rother Blutkörperchen) herbeigeführten Imbibition der betroffenen Organe mit Blutfarbstoff beruhe, und sucht dies durch folgende Versuche festzustellen: 1) Präparate, die aus mit hämorrhagischem Infarkte behafteter menschlicher Lunge dargestellt waren, wurden mit Jod und den Anilinfarben behandelt; auch hier zeigten (wie übrigens schon bekannt) mehrere Blutgefässe und das benachbarte Gewebe die charakteristische Amyloidfärbung. 2) In freies Hämoglobulin enthaltendes Kaninchenblutserum (gewonnen durch Gefrierenlassen des Blutes) wurden 24 Stunden hindurch Stücke von Milz, Leber und Nieren dieses Kaninchens liegen gelassen und dann durch Formalin gehärtet; bei der Prüfung zeigte sich stellenweise gleichfalls die charakteristische Färbung, besonders an der der Einwirkung des Serums am meisten zugänglich gewesenen Peripherie der Schnitte. 3) Bei Stücken menschlicher Organe, die in Folge von Hypostase hämatisch durchtränkt waren, sah P. nach der Behandlung mit Jod und den Anilinfarben an mehreren Stellen, vornehmlich in den Wandungen der Blutgefässe, amyloide Färbung; ebenso an offenbar in gleicher Weise imbibirten Herzklappenstückchen. 4) Um zu sehen, ob nicht allgemeine Blutzersetzung durch globuläre Hämatolyse ähnliche amyloide Erscheinungen in den Organen veranlasst wie die Staphylococcusimpfung, brachte P. 2 Kaninchen weitverbreitete (solche Zersetzung bekanntlich zur Folge habende) Brandwunden bei, und in der That traten an Milz, Leber und Nieren dieser beiden am 2., bez. 3. Tage gestorbenen Thiere in deutlichster Weise Amyloidfärbungen hervor.

5) Die behufs *Metaglobulin*nachweises angestellte spektroskopische Beobachtung fiel zwar für das durch Staphylococcus erzeugte „Amyloid" negativ aus (nach P., weil die zu kleinen Schnitte nicht das ganze Gesichtsfeld bedeckten), jedoch gab ein genügend grosser Schnitt eines Lungeninfarktes deutlich das spektrale Bild des *Metaglobulins,* wogegen Stücke menschlicher Leber ein negatives Ergebniss zeigten. 6) Endlich wurden Stücke der Milz, Leber und Niere der mit Staphylococcus geimpften und entsprechende, von den an Brandwunden gestorbenen Thieren, ebenso vom Lungeninfarkte und von menschlicher Amyloidleber durch Formalin gehärtet; alle Stücke waren mit alkoholischer Flüssigkeit, bez. Terpentin behandelt, die Schnitte mit Jod und den Anilinfarben gefärbt worden. Es ergab sich nun, dass das Leberamyloid vom Menschen trotz des sehr langen Aufenthaltes in diesen Flüssigkeiten ganz unverändert blieb, während bei allen übrigen Präparaten die Färbung weit beschränkter auftrat, an mehreren Stellen ganz geschwunden war.

Nach diesem Befunde ist es P. unzweifelhaft, dass das durch Staphylococcus pyogenes aureus erzeugte „Amyloid" auf einer Durchtränkung der betroffenen Organe mit Blutfarbstoff beruht; er hält es aber gleichzeitig für möglich, dass auch die *Amyloidentartung* durch eine fortgesetzte und langsame Infiltration von Blutfarbstoff in die Gewebe bedingt werde, die sich bei sehr chronischen Infektionen (Syphilis, Tuberkulose, Sumpfkrankheit) vollzieht und weiter bedingt werde durch eine fortgesetzte und langsame Umwandelung, die besonders Farbstoff in Berührung mit den Geweben erleidet; thatsächlich entwickelt sich ja auch das Amyloid vorzugsweise in den Gefässwänden und ergreift diejenigen Organe (Milz, Leber, Niere) mit am häufigsten, die Dank ihrer Struktur oder ihrer Verrichtungen die durch Hämatolyse entstandenen Abfälle in erhöhtem Maasse zugeführt erhalten.

O. Naumann (Leipzig).

43. **Experimentelle Beiträge zur Frage der amyloiden Degeneration**; von Dr. E. Schapilewsky in Berlin. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 24. p. 849. 1899.)

Durch zahlreiche Thierversuche erbrachte Sch. den Nachweis, dass die speckige Entartung *ohne Mithülfe* lebender Spaltpilze oder der von solchen stammenden Stoffe zu Stande kommen kann. Am leichtesten und sichersten konnte die speckige Entartung bei Kaninchen durch Einspritzung von grossen Mengen des durch Chloroform abgetödteten, bez. abgeschwächten, goldfarbigen, traubigen Eiterungerregers erzeugt werden. Die speckige Entartung bei Kaninchen konnte aber auch durch eine langdauernde Eiterung erzeugt werden, die — durch völlig keimfreie reizende Stoffe (*Fermente*) verursacht — ohne Betheiligung von Spaltpilzen verlief.

Bevor in der Milz die echte speckige Entartung eintrat, die das bekannte eigenthümliche Verhalten gegenüber Anilinfarben zeigt, entstand eine Vorstufe, das *Hyalin,* das zwar im Gewebebau dem speckig entarteten Gewebe glich, sich aber bei Prüfung mit Anilinfarben von solchem deutlich unterschied.

Ueberdies fand Sch. die von Petrone herrührenden Angaben, man könne an Kaninchen durch ausgedehnte Verbrennungen speckige Entartung künstlich erzeugen, durch seine Untersuchungen *nicht bestätigt.* Radestock (Blasewitz).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

44. **Ueber die Durchgängigkeit der unversehrten Haut des Warmblüters**; von Dr. G. Vogel. (Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 566. 1899.)

V. untersuchte für eine Reihe von Substanzen die Durchgängigkeit der unversehrten Kaninchenhaut; für flüssige Stoffe durch Eintauchen eines Ohres, für gasförmige durch Einwirkenlassen auf den ganzen Körper mit Ausnahme des geschützten Kopfes.

Cyankalium, Cyankalium und Essigsäure, und reine Blausäure wirken nur, wenn die Flüssigkeit auf Körpertemperatur erwärmt ist, Kohlenoxyd in Form von Leuchtgas und als reines CO ist wirkungslos. Schwefelwasserstoff durchdringt die Haut und führt zu Vergiftungen. Aethyläther, sowie darin gelöstes Chloralhydrat gehen energisch durch die Haut, Chloralhydrat in Wasser oder Alkohol gelöst ist wirkungslos. Aetherdämpfe wirken erst bei höherer Temperatur, nach Maassgabe der jeweils verflüchtigten Menge. Chloroform soll die Haut zwar durchdringen, jedoch schon in geringer Tiefe am Weiterdringen durch Gefässverstopfung und Blutgerinnung gehindert werden. Chloroformdämpfe verhalten sich wie Aetherdämpfe. Strychninnitrat in Wasser gelöst ist wirkunglos, während das in Chloroform lösliche Strychninhydrat die typische Vergiftung hervorruft. Analog verhält sich das in beiden Lösungsmitteln lösliche Physostigminsalicylat. Salicylsäure in Aether gelöst oder als Paraffinsalbe ist nach Einreiben noch 10 Stunden später beim Menschen im Harn aufzufinden. W. Straub (Leipzig).

45. **Ueber die Resorption und die Ausscheidung des Eisens im Darmkanale des Meerschweinchens**; von Dr. G. Swirski. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXIV. 9 u. 10. p. 466. 1899.)

Die Untersuchung bezieht sich auf dasjenige Eisen des Thierkörpers, das mit Schwefelammonium in wässeriger Lösung Schwefeleisen giebt. Zur Verwendung gelangten Thiere unter normalen Ernährungsbedingungen, mit eisenarmem Futter (Cakes) und mit vollständiger Carenz.

Beim normalen Thier giebt das Duodenum zweierlei Reaktionen, einmal einen feinkörnigen Eisensaum an den dem Darmlumen zugekehrten Partien der Epithelzellen, dann eine starke Reaktion der in der Zotte gelegenen Leukocyten. Die erste Reaktion ist typisch für das Duodenum, die andere findet sich mehr oder weniger an allen

Darmstücken. Im Coecum findet man mit Eisen diffus beladene Mucinpfröpfe, die Eisenablagerung in Mucin hält Sw. für eine grob-chemische Reaktion, sieht aber darin ein Zeichen für die Resorption des Eisens. Bei eisenarmem Futter fehlt der feinkörnige Saum an den Duodenalepithelien, während die Fe-Cyten vorhanden sind, ebenso ist es bei mehrtägigem Hunger. Es ist nicht der Einfluss der Galle, der die Fe-Cyten auftreten lässt, denn im Hungerzustande sind sie auch nach Unterbindung des Ductus choledochus vorhanden. Sie schwinden erst am 5. Hungertage, wenn das Versuchsthier durch einen Maulkorb am Kothfressen gehindert ist. Die Saumreaktion ist hingegen schon am 1. Hungertage nicht mehr anzutreffen. Sw. schliesst, dass die mechanische Reizung des Kothes für das Auftreten der Fe-Cyten maassgebend ist. Bei Verabreichung von Eisen zur Nahrung ist die Saumreaktion der Epithelien stärker und über grössere Darmabschnitte ausgebreitet. Es besteht Hyperleukocytose der gesammten Darmschleimhaut, hervorgerufen durch den chemischen Reiz des Eisens.

Die Resorption soll nach Sw. in folgender Weise vor sich gehen, das Eisen geht von den Epithelien der Zotten in das Blut, wird dort von Phagocyten aufgenommen und gelangt mit diesen zur Leber, ein anderer Theil geht auf dem Lymphwege zur Blutbahn. W. Straub (Leipzig).

46. **Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung.** *Zugleich ein Beitrag zum Wesen der Chlorose;* von Dr. A. Hofmann in Halle a. S. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 29. 1899.)

H. hat an 98 Kaninchen Versuche angestellt über die Aufsaugung des Eisens und sein Verhalten im Körper und hat Folgendes gefunden: Alles Eisen, gleichgiltig in welcher Form es gereicht wird, wird im Duodenum aufgenommen und kreist dann, in Transportzellen mit einem Eiweisskörper verbunden, im Blute. Es wirkt in dieser Form nicht giftig und wird ausser in der Leber und Milz hauptsächlich im Knochenmarke abgelagert. Hier im Knochenmarke entwickelt es seine nützliche Thätigkeit, und zwar in der Art, „dass dem Metall als solchem eine die physiologische Thätigkeit des Knochenmarkes stimulirende, die Heranreifung der in ihm producirten Jugendformen zu kernlosen, in die Cirkulation eintretenden Erythrocyten beschleunigende Wirkung zukommt". Die neueren und neuesten Eisenpräparate haben vor den alten keine besonderen Vorzüge, die Hämoglobinpräparate sind Unsinn, es kommt bei der Eisenwirkung nur auf die Menge des resorbirten Metalles an.

Die Chlorose besteht nach H. „in einer nur zur Pubertätszeit auftretenden vorübergehenden, verminderten Leistungsfähigkeit, oder einer angeborenen, sich das ganze Leben hindurch mehr weniger bemerkbar machenden Hypoplasie des blutbildenden Organs, des Knochenmarkes, die sich in schweren Fällen vereinigt mit der von Virchow beschriebenen Hypoplasie der blutführenden Theile, selbst des Geschlechtsapparates. Diese Schwäche des blutbildenden Apparates äussert sich in der Produktion minderwerthiger, an Form und Hämoglobingehalt krankhaft veränderter Erythrocyten". — Sehr viel näher kommen wir mit dieser Erklärung dem Wesen der Chlorose auch nicht! — Die Wirkung der Aderlässe bei Chlorose erklärt sich dadurch, dass diese auch einen Reiz auf das blutbildende Knochenmark ausüben. Dippe.

47. **Ueber die Heilwirkung des Thiocol „Roche";** von E. de Renzi und G. Boeri. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32. 1899.)

Thiocol ist das Kalisalz der Sulphoguajacolsäure und enthält etwa 52% Guajacol. Es nimmt sich angenehm ohne alle störenden Nebenwirkungen. Sirolin ist eine Lösung von Thiocol in Orangensyrup, derart, dass 1 Esslöffel Sirolin 1 g Thiocol = 0.52 g Guajacol enthält.

de R. u. B. sind mit dem Thiocol und dem Sirolin sehr zufrieden. Sie gaben das erstere zu 1—4 g täglich, das letztere zu 1—5 Theelöffeln täglich Schwindsüchtigen, sowie einem Kranken mit schwerer chronischer Bronchitis, und sahen Husten und Auswurf abnehmen, die Temperatur heruntergehen, das Allgemeinbefinden wesentlich besser werden. Etwaiger Durchfall liess sich durch etwas Tannigen leicht beseitigen. Dippe.

48. **Pharmakologisches über das Aspirin (Acetylsalicylsäure);** von Prof. H. Dreser. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXVI. 5 u. 6. p. 306. 1899.)

Aspirin ist ein Ersatzpräparat für Salicylsäure, für dessen Darstellung die Absicht maassgebend war, ein Präparat zu schaffen, das den schlechten Geschmack und die anderen unangenehmen Nebenwirkungen der Salicylsäure nicht aufweist. Durch Substitution mit verschiedenen Radikalen wird leicht ein schwer spaltbares Präparat erhalten, das dann keine Salicylwirkung auftreten lässt. Das Aspirin — acetyl-substituirte Salicylsäure und dessen Alkalisalze — genügen den gestellten Bedingungen. Die Desinfektionkraft des Aspirin gegenüber Hefepilzen ist sehr viel geringer als die der Salicylsäure. Alkalien und Säuren zerlegen das Aspirin rasch in seine Componenten Salicylsäure und Essigsäure, was sichtbar wird durch Auftreten der Eisenchloridreaktion der Salicylsäure kurze Zeit nach Versetzen der Aspirin-Lösung mit 0.2proc. „Magensalzsäure" oder 1proc. Darmsodalösung. Bei der Säurespaltung nimmt die Zahl der ungespaltenen Aspirin-Moleküle ab, die Zahl der Säure-Moleküle bleibt gleich, im Gegensatze dazu wird Lauge durch die freigewordene Essigsäure neutralisirt und die Concentration der Lösung nimmt ab. Die Alkali-Spaltung verläuft ausser-

ordentlich viel rascher als die Säure-Spaltung, dementsprechend ist auch die Menge der abgespaltenen Salicylsäure dabei vielmal grösser als bei der Säure-Spaltung. In der leichten Spaltbarkeit zeigt sich das Aspirin dem Salol (einer an der Carboxylgruppe mit Phenol versetzten Salicylsäure) wesentlich überlegen. Auch durch Alkalicarbonat ist Aspirin als Natronsalz leicht spaltbar, leichter noch als die gleich constituirte Butyryl- und Valerylsalicylsäure.

In Uebereinstimmung mit der leichten Spaltbarkeit des Aspirin in vitro tritt auch nach Einverleibung in den Magen in Mengen von 1.0 g nach kurzer Zeit Salicylsäure im Harn auf. Ungespaltenes Aspirin wurde im Harn nicht gefunden. Die Reaktion schwand etwa 12 Stunden nach Einverleibung des Präparates.

Wie Salicylsäure, bewirkt auch Aspirin eine Vermehrung der in 24 Stunden im Harn ausgeschiedenen Harnsäure. Ein Einfluss auf Temperatur und Gefässmuskulatur ist nicht vorhanden. Die Arbeitleistung des Herzens, gemessen am *Williams*'schen Apparate wird durch Aspirin, im Gegensatze zur Salicylsäure, etwas erhöht durch Vergrösserung des Pulsvolumen. Da die Salicylsäurewirkung wegen der zuvor nöthigen Abspaltung der Säure aus dem Aspirinmolekül auf längere Zeit sich vertheilt, sind Vergiftungserscheinungen durch plötzliche Ueberschwemmung des Körpers mit wirksamer Salicylsäure bei Aspirin nicht zu befürchten. Die durch Salicylsäure bewirkte lokale Aetzung und Reizung von Schleimhäuten bleibt beim Aspirin aus.

W. Straub (Leipzig).

49. **Virtù antielmintica dell'estratto etereo di felce maschio**; per il Dott. Ernesto Parona, Milano. (Settimana med. LIII. 10. 11. 12. Marzo 11. 18. 25. 1899.)

Der Wurmfarn war schon im Alterthum als werthvolles Bandwurmmittel bekannt und kam, halb wieder vergessen, neuerdings in Form des Extr. aeth. fil. mar. als sicherstes Mittel gegen Ankylostomiasis wieder zur Aufnahme, fand jedoch, weil es häufig in zu grossen Dosen angewendet wurde, giftige Wirkungen mit Reflexamaurose, Ikterus, Lebercirrhose u. s. w. erzeugte, mit Recht viele Gegner. P. hat daher seit 1880 Untersuchungen angestellt, ob es nicht möglich sei, durch kleine wiederholte Dosen die schädlichen Wirkungen des Mittels zu vermeiden, und hat durch Zahlen nachgewiesen, dass die zu grossen Dosen zur Heilung der Ankylostomiasis unnöthig sind, dass es viel mehr auf die Beschaffenheit, als auf die Menge des Mittels ankommt. Aus einer 1880 und 1881 veröffentlichten, aber wenig bekannt gewordenen Uebersicht von 36 Fällen, zu denen noch zahlreiche spätere Fälle hinzugekommen sind, ergiebt sich, dass das Extrakt in kleinen Dosen von 2—4 g täglich zwar nicht sofort völlige Heilung herbeiführt, dass diese aber in 3 bis 10 Tagen, durchschnittlich in 5 Tagen vollständig und dauernd erfolgt und dass die Gesammtmenge des verwendeten Extraktes 6 bis 30, durchschnittlich 13 g, also nicht mehr, oft noch weniger, als bei 1- oder 2maliger grosser Dose beträgt, dass diese kleinen Dosen keinerlei Beschwerden, keine starken Durchfälle herbeiführen, keine Bettlägerigkeit und keine aussergewöhnliche Diät, ausser Vermeidung von Magenüberfüllung, erfordern und deshalb besonders bei geschwächten und herabgekommenen Leuten zu empfehlen sind, während grosse Dosen nur bei noch kräftigen Personen angewendet werden können.

Gegen die Oxyuris vermicularis, die gleichfalls anderen Wurmkuren äusserst hartnäckig widersteht und, besonders wenn der Wurm in dem oberen Theil des Dickdarms sich befindet, durch Klystire nicht erreicht werden kann, hat sich das Extr. fil. mar. in Verbindung mit Rainfarnklystiren gleichfalls bewährt, auch Trichocephalus dispar wird häufig dadurch abgetrieben, wogegen es bei Ascaris lumbric. nur wenig oder gar keinen Erfolg hat.

Ueber die Wirkungen des Extraktes bei den verschiedenen Bandwurmarten sind die Ansichten sehr verschieden; doch ist nach P. nach gehöriger Vorbereitung des Darmes ein *gutes* Extrakt stets von sicherer Wirkung, auch bei der Taenia nana, während Cousso, Kamala, Granata, Cina, Ocymum häufig versagen. Am Tage zuvor lässt P. nur knappe Diät zu, um den Magen und Darm möglichst leer zu halten, und gestattet Abends nur Thee, Kaffee, Wein oder Fleischbrühe; früh werden dann nur 4—10 g Extrakt, je nach der Constitution des Kranken, in Oblate gegeben, aber sonstige Abführmittel vermieden, um nicht die Wirkung abzuschwächen; namentlich hält P. Oele, wie Ricinusöl, für entschieden schädlich, da sie den giftigen Bestandtheil des Extraktes auflösen und dessen Aufnahme in den Körper befördern.

Der häufige Misserfolg der Bandwurmkur erklärt sich leicht durch die oft ungenügende Vorbereitung des Kranken, namentlich aber durch die mangelhafte Beschaffenheit des Extraktes. Ein gutes, wirksames Extrakt ist dick, dunkelgrün, bitter aromatisch, von 1000 spec. Gewicht, bildet zu 5 Theilen mit 5 Theilen Gummi arab. und 30 Theilen Aq. destill. gemischt eine milchkaffeefarbige, nach Iris florentina riechende Mixtur, die beim Stehen unverändert bleibt; es ist in Wasser unlöslich, in heissem Alkohol wenig, in Aether vollständig löslich und zeigt unter dem Mikroskop keine Amylumkörperchen. Das unwirksame Extrakt dagegen ist halb flüssig, von Ekel erregendem Geschmack, specifisch leichter (0.80), mit Gummi und Wasser eine gelblichgrüne Mischung von Terpentin ähnlichem Geruch bildend, in der sich beim Stehen das Extrakt in Streifen absetzt. Auf die Beschaffenheit des Wurmfarns sind das Klima, der

Standort, die Bodenbeschaffenheit von entschiedenem Einflusse; ferner ist die Güte des Präparats von der Zeit der Ernte, der sorgfältigen Reinigung des Rhizoms und von seiner Frische abhängig. Als chemische Bestandtheile sind besonders ein fettes Oel (Filixolin), ein ätherisches Oel, Harz, Gerbsäure (Acid. pterotannicum und tanaspidicum) und Aspidin (Acid. filicicum) zu nennen; doch ist noch unentschieden, welchem dieser Stoffe die Hauptwirkung zukommt. Das Aspidin ist von Husemann u. A. als das eigentlich Wirksame betrachtet worden; da es jedoch in den Präparaten in um so grösserer Menge gefunden wird, je älter und wirkungloser sie werden, so ist P. geneigt, die specifische anthelminthische Wirkung mehr den ätherisch öligen Bestandtheilen zuzuschreiben. Wenn diese durch zu rasches Trocknen der Wurzel verflüssigt werden, so verliert auch das Präparat an Wirksamkeit. Jedenfalls ist das Aspidin äusserst giftig und als Hauptursache der Vergiftungserscheinunen bei Darreichung des Mittels in zu grossen Dosen zu betrachten. Den stets günstigen Erfolg seiner Kuren verdankt P. dem vorzüglichen Extrakt der chemischen Fabrik von Erba in Mailand, das aus den in den Comer Bergen gesammelten, an der Sonne getrockneten Rhizomen des Wurmfarns dargestellt ist. H. Meissner (Leipzig).

50. **Zur Lehre von der Wirkung der Salze.** 7. Mittheilung: *Die Allgemeinwirkung der Salze;* von Doc. Dr. Egmont Münzer. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 1. p. 74. 1898.)

Als „allgemeine Salzwirkung“ bezeichnet M. eine Gruppe von Vergiftungserscheinungen, welche durch Zufuhr von Salzen, unabhängig von deren chemischer Natur, hervorgerufen werden. Der *Blutdruck* senkte sich bei Kaninchen von Beginn der intravenösen Injektionen beständig, wenn auch in geringem Maasse; als Krämpfe sich einstellten, stieg er meist hoch an, um mit dem Nachlasse derselben unter das frühere Niveau zu sinken; doch blieb er lange auf beträchtlicher Höhe, um erst wenige Minuten vor dem Tode eine starke (tödtliche) Senkung aufzuweisen. Die während der Krampfanfälle zu beobachtende Blutdrucksteigerung bleibt beim curarisirten Thiere aus. Die Athmung zeigt lange keinerlei bemerkenswerthe Aenderung, auch die Pulsfrequenz wird erst, wenn der Blutdruck bereits deutlich gesunken ist, in Folge von Vagusreizung verlangsamt.

Die in das Blut injicirten Salze wirken um so stärker diuretisch, je concentrirter die injicirte Salzlösung war.

Am Nervensystem zeigt sich nach Injektion concentrirter Salzlösung in die Vene eine Steigerung der Reflexerregbarkeit, fibrilläres Zucken und Tremor der Muskeln, in klonisch-tonische Krämpfe ausartend, an denen das Thier verendet. Alle diese Erscheinungen werden vom Gehirn ausgelöst, sie werden nicht beobachtet beim curarisirten Thiere, eben so wenig nach Durchschneidung des N. ischiadicus auf der durchschnittenen Seite, und fehlen bei Rückenmarkdurchschneidung an der unter der Schnittstelle befindlichen Körperpartie.

Von specifischen Giftwirkungen hebt M. die stark krampferregende Wirkung des sauren kohlensauren Natron und des neutralen Natriumphosphates hervor.

Von den in das Blut injicirten Salzen gelangten durch den Harn zur Ausscheidung beim Na_2SO_4 41—51%, beim ClNa 33—40%, ähnlich wie ClNa verhielt sich auch Traubenzucker; dann folgt das Natriumnitrat mit 33.4% und schliesslich das Na_2HPO_4 mit 19—28%. Die grösste procentische Ausscheidung kam nicht demjenigen Salze zu, das die stärkste Diurese herbeiführte, dem Chlornatrium, sondern dem Natriumsulphat, das, obwohl es bezüglich der diuretischen Wirksamkeit dem Chlornatrium nachsteht, dennoch „harnfähiger“ als das Kochsalz zu sein scheint.

Bemerkenswerth ist ferner, dass, sowie eine concentrirte Salz- oder Substanzlösung in das Blut eingeführt wird, eine starke Wasserströmung aus den Geweben in das Blut statthat, es kommt zu einer Austrocknung der Gewebe zu einer Zeit, wo das Blut noch seinen Wassergehalt auf normaler Höhe festhält. H. Dreser (Elberfeld).

51. **Ueber die Entgiftung von Chinolin durch Einführung von Schwefel in dasselbe;** von Prof. A. Edinger und Dr. G. Treupel. (Therap. Monatsh. XII. 8. p. 422. 1898.)

Durch Erhitzen von 1 Theil Chinolin mit 4 Theilen Schwefelblüthe während 2 Stunden im Oelbade bei 180—200° bildete sich mit 40% Ausbeute der Körper Thiochinanthren $NC_9H_5<^{S}_{S}>C_9H_5N$ (Schmelzpunkt 305°). Das Thiochinanthren ist, wie die Versuche am Hund und Menschen zeigten, ein völlig indifferenter Körper, von dem sich keinerlei schädliche oder giftige Eigenschaften nachweisen liessen; auch auf die Fiebertemperatur der Phthisiker war die Substanz ohne Wirkung. Weder Blutveränderungen, noch Aenderungen in der Beschaffenheit und Menge des 24stündigen Harns, noch Aenderungen des Pulses, des Blutdruckes und der Respiration konnten festgestellt werden. H. Dreser (Elberfeld).

52. **Du rôle des leucocytes dans l'immunisation contre l'acide arsénieux soluble;** par le Dr. Besredka. (Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 6. p. 465. Juin 1899.)

Nach früheren Beobachtungen B.'s reagiren Kaninchen auf Vergiftung mit der tödtlichen Dosis Arsen mit einer im Allgemeinen bis zum Tode anhaltenden Hypoleukocytose (negative Chemotaxis). B. theilte nun die in 24 Stunden zum Tode führende Dosis Arsen in 4 gleiche Theile, die in 3stündigen Intervallen dem Thiere subcutan inji-

cirt wurden. Im Gegensatze zu den Erscheinungen nach Injektion der ganzen Dosis, tritt bei der fraktionirten Applikation eine deutliche Hyperleukocytose auf (positive Chemotaxis), während das Thier am Leben bleibt und keinerlei Vergiftungserscheinungen zeigt. Die sehr bedeutende Hyperleukocytose, mit vorwiegend vielkernigen Zellen, hält 4—5 Tage an. An rasches Verschwinden des Arsens aus dem Körper ist nicht zu denken; denn einmal ist die Harnproduktion während der Vergiftung minimal, während andererseits die Arsenausscheidung nach einmaliger Gabe ausserordentlich lange anhält (Spuren noch nach 40 Tagen gefunden).

Die Injektion einer nicht toxischen Dosis Arsen ($^1/_8$ der in 48 Stunden tödtenden Menge) hat zur Folge, dass die 24 Stunden nachher injicirte tödtliche Dosis reaktionlos ertragen wird, obwohl noch $^6/_8$ der tödtlichen Menge im Thier enthalten sind. Dass diese Schutzwirkung der 24 Stunden vorher injicirten $^1/_8$ Dosis, bez. der durch sie hervorgerufenen Hyperleukocytose, zuzuschreiben ist, sucht B. auf folgendem Wege zu beweisen. Die minimale tödtliche Dosis Arsen bei Injektion in die Gehirnmasse ist $^1/_{100}$ der subcutan tödtlichen. Die vorausgehende Injektion von $^1/_8$ der tödtlichen Dosis schützt das Thier nicht vor dem Tode nach Injektion der hundertfach geringeren Arsenmenge direkt in die Gehirnmasse. Der Tod erfolgte sogar um 24 Stunden früher als bei einem Controlthier, das blos die cerebrale Injektion erhielt.

Durch Combination der beiden Immunisationmethoden gelang es B., Thieren eine wesentlich grössere Dosis Arsen ohne Schaden einzuverleiben. Serum, das solchen Thieren nach 8 Tagen entnommen wurde, hatte nun dem Arsen gegenüber antitoxische Eigenschaften. 8 ccm Serum eines immunisirten Kaninchens genügten, um die Wirkung einer einfachen, in 48 Stunden tödtenden Arsenmenge zu paralysiren bei gleichzeitiger Injektion von Serum und Arsen. Eine Schutzwirkung gegen spätere Arsenvergiftung soll schon geringeren Serummengen zukommen. Auch in vitro wirkte das Serum auf Arsen entgiftend. Die antitoxischen Eigenschaften des Serum wurden erhöht, wenn nach 8tägiger Pause das Thier eine neue Arsenbehandlung durchmachte. Das antitoxische Serum war in den meisten Fällen arsenhaltig, doch ergaben die chemische Analyse und das Thierexperiment keine Proportionalität zwischen Arsengehalt und antitoxischem Werth, während andererseits B. Serum ohne Arsengehalt und trotzdem starken antitoxischen Werth beobachtete. Das Arsen des Serum ist also nicht im Antitoxin enthalten, es soll vielmehr aus zerfallenen Leukocyten stammen. Da Serum, dem Arsen zugemischt ist, bei der Dialyse alles Arsen an Aussenwasser abgiebt, beim arsenhaltigen Serum der immunisirten Thiere dies aber nicht der Fall ist, schliesst B., dass in den Leukocyten Arsen in nicht dialysirbarer, organischer Bindung enthalten ist.

Aus den Erfahrungen am Arsenantitoxin lässt sich für das Verhalten der Antitoxine im Allgemeinen der Schluss ziehen, dass ihre Wirkung im Organismus nicht eine blose Neutralisation des Giftes ist, dass sie vielmehr den Körper im Kampfe gegen das Gift unterstützen, und zwar soll diese Wirkung auf dem Umwege des Leukocytenapparates zu Stande kommen, besonders deshalb, weil die Hyperleukocytose bei aktiver und passiver Immunisirung in gleicher Weise auftritt.

W. Straub (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

53. **Ueber Morbus Basedowii.** (Vgl. Jahrbb. CCLXII. p. 129.)

H. J. Vetlesen (Der Morbus Basedowii mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 512. 1899) schliesst sich der Auffassung des *Ref.* in pathogenetischer Hinsicht an; glaubt aber, dass die Ursache der abnormen Thätigkeit der Schilddrüse eine Veränderung irgendwo im Nervensystem sein müsse. Bei der Behandlung hat er verschiedene Mittel mit wechselndem Erfolge benutzt. Thymustabletten schienen bald günstig zu wirken, bald nicht. Das phosphorsaure Natron schätzt der Vf. sehr. Schwefelsäure schien besonders im Anfange gut zu thun. Die Struma-Resektion hat er 4mal ausführen lassen.

I. 18jähr. Mädchen aus Kropffamilie. Seit Jahren Morbus Basedowii. Zunehmende Druckerscheinungen zwangen zur Operation. Rasche und fast vollständige Heilung.

II. 30jähr. Mädchen. Der Morbus Basedowii hatte sich, wie es schien, im Anschlusse an akuten Gelenkrheumatismus entwickelt. Rasche und wesentliche Besserung nach der Operation. Später Rückfall.

III. 21jähr. Mädchen. Seit 6 Jahren Morbus Basedowii. Starker Exophthalmus, Leukom eines Auges. Operation wegen Kropfdruckes. Vorübergehende Besserung.

IV. 32jähr. Frau. Seit mehr als 10 Jahren Morbus Basedowii. Schwere Form. Seelische Störungen. Wesentliche Besserung nach der Operation. Während einer Schwangerschaft Rückfall.

Fr. Kraus (Ueber das Kropfherz. Wien. klin. Wchnschr. XII. 15. 1899) schildert nach seinen Beobachtungen in Graz die bei Kropfigen am häufigsten vorkommenden Herzstörungen. Es sind die des Morbus Basedowii: Tachykardie, weiterhin Dilatation und Hypertrophie. Der Vf. streitet gegen den *Ref.* und meint, das Kropfherz und der Morbus Basedowii seien verschiedene Sachen. Es bestehe die vom *Ref.* angenommene Reihe, die vom Kropfherzen zum vollendeten Morbus Basedowii führt, nicht, denn in Steiermark hätten die Kropfigen keinen Exophthalmus. Diese Beweisführung dürfte nicht recht kräftig sein. Dass das Kropfherz nichts

ist als Morbus Basedowii incompletus, zeigt die Schilderung des Vfs. zur Genüge. Er giebt 3 Beispiele. Die erste Kr., ein 13jähr. Schulmädchen, hatte sichtbar klopfende Carotiden, hör- und tastbares Schwirren der Struma, Klopfen der Bauchaorta, kleinschlägiges rasches Zittern, feuchte Haut, alimentäre Glykosurie, anscheinend ursachlose Fieberbewegungen. Das soll kein Morbus Basedowii sein! Dass dieser mit der Zeit immer vollständig werden müsste, das nimmt doch Niemand an. Dass bei den Kropfkranken Steiermarks Exophthalmus nicht häufig ist, das mag sein. Anderwärts aber tritt er zum Kropfherzen hinzu, denn in der Mehrzahl der Fälle von Morbus Basedowii bestand anfänglich die Struma allein (sekundärer Morbus Basedowii). Wie der Vf. die Behauptung, dass beim Kropfherzen die Strumektomie mehr nütze als beim sekundären Morbus Basedowii, beweisen will, das ist nicht abzusehen. Die physiologischen Erörterungen endlich, auf die der Vf. eingeht, sind so unsicher, dass man von ihnen besser absieht.

P. Jaunin (Jodisme constitutionel, thyroïdisme et maladie de Basedow. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 301. 1899) setzt auseinander, dass der als chronischer oder constitutioneller Jodismus bezeichnete Zustand dasselbe ist, wie der Thyreoidismus oder der Morbus Basedowii. Er kommt fast nur bei Personen mit Struma vor, kleine Mengen genügen oft dazu, ihn auszulösen. Das Jod ist dann sozusagen der Tropfen, der das Gefäss bei dem latenten Morbus Basedowii zum Ueberlaufen bringt. Oft werden die Kr. für Tuberkulöse gehalten, indessen tritt beim Aussetzen des Jodes und bei zweckmässigem Verhalten in der Regel rasch Besserung ein. Sobald aber bei den Pat. von Neuem Jod angewendet wird, erfolgt ein Rückfall. 5 Beobachtungen werden mitgetheilt.

I. 16jähr. Mädchen. Struma. Magerkeit. Blässe. Zittern. Exophthalmus. Hitze. Schwitzen. Beengung. Schlaflosigkeit. Die Kr. hatte Jodsalbe gegen ihren kleinen, seit der Kindheit bestehenden Kropf gebraucht. Nach einigen Monaten vollständige Heilung.

II. 56jähr. Frau mit grossem Colloid-Kropfe. Jodoform-Einspritzungen: allgemeine Schwäche, Aufregung, Zittern, Herzklopfen, später auch Exophthalmus.

III. 31jähr. Frau. Jodoform-Einspritzungen wegen Kropfes. Zittern, rasche Abmagerung, Blässe, Aufregung, Schwitzen, Husten. Rasche Heilung.

IV. 52jähr. Frau mit Kropf. Influenza-Pleuritis. Jodpinselung und innerlich Jodkalium. Nach 3 Wochen Jodismus wie bei III. und auch Exophthalmus. Heilung.

VI. 52jähr. Köchin. Seit einigen Wochen alle Basedow-Symptome ohne Exophthalmus. Eine wunde Stelle am Krampfaderbeine war mit Jodsalbe verbunden worden und die Kr. hatte Jodkalium eingenommen. Schon früher waren wiederholt ähnliche Zustände eingetreten, wenn der Kr. Jodpräparate gegen ihren alten Kropf verordnet worden waren. Bei der Mutter sollte es ähnlich gewesen sein. Nach anfänglicher Besserung heftiger Herzzufall und Tod.

Interessant ist folgende Beobachtung Ed. Boinet's (Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès. Revue neurol. VII. 15. 1899).

Ein 29jähr. Pharmaceut aus gesunder Familie, der im Uebrigen immer gesund gewesen war, litt an einer dermatite exfoliatrice généralisée. B. rieth ihm, täglich 1 Schafschilddrüse zu essen. Die Hautkrankheit nahm ab. Nach 1 Jahre aber kam es zu einem Rückfalle und nun nahm der Pat. auf eigene Faust 6—9 Schilddrüsen täglich. Nach 1 Woche brach ein Delirium aus: der Kr. war ruhelos, kleidete sich aus, wollte nackt fortlaufen, glaubte von Feinden umgeben zu sein, ass nicht. Ausserdem bestanden Zittern, Herzklopfen, Anschwellung der Schilddrüse. Nach 4—5 Tagen trat Besserung ein, jedoch äusserte der Kr. noch Wahnvorstellungen und die Basedow-Symptome verschwanden nur langsam. Nach 6 Wochen schien die Heilung vollständig zu sein, nur starke Anämie bestand noch und die Hautkrankheit war wieder schlimmer. Der thörichte Mensch begann wieder im Geheimen Schilddrüsen zu essen und nach 1 Woche waren Irresein und Basedow-Symptome wieder da. Dieses Mal genügten 10 Tage zur Wiederherstellung.

Barton Jacobs (Manie rapidement mortelle dans la maladie de Graves. Amer. Journ. of Insanity LV. p. 109. Ref. in Revue neurol. VII. 9. 1899) hat 2 Fälle maniakalischer Erregung mit tödtlichem Ausgange bei Morbus Basedowii beobachtet.

Wieder einmal wird von Zerstörung beider Hornhäute bei einem männlichen Basedow-Kranken berichtet: W. Uhthoff, „aussergewöhnlicher Fall von Morbus Basedowii mit hochgradigem Exophthalmus und mit nekrotischem Zerfall beider Hornhäute“ (Allgem. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 37. 1899).

Ein 27jähr. Handelsmann aus Russisch-Polen litt seit 5 Monaten an Morbus Basedowii. Die Augen konnten nicht mehr geschlossen werden. Vor 7 Wochen Entzündung des linken, dann auch des rechten Auges. Vor 3 Wochen Zerstörung des linken, vor 10 Tagen des rechten Auges unter heftigen Schmerzen.

Die Perforation hatte im Centrum der Hornhaut stattgefunden. Die trübe Cornea war unempfindlich, die stark geröthete und gewulstete Bindehaut aber empfindlich. Es war unmöglich, die Augen mit den Lidern zu bedecken.

U. hat den Vorgang schon 2mal beobachtet, bei einem 68jähr. Manne und bei einer 50jähr. Frau.

Die Beobachtung von J. N. Coolidge (A case of exophthalmic goitre. Boston med. and surg. Journ. CXL. 11. 1899) bietet eigentlich nichts Besonderes. Die Kr. hatte im Beginne ihres Leidens plötzlich heftigen Schmerz im Epigastrium empfunden, man fand daselbst starke Pulsation.

Die Mittheilung von Veslin und Lewy (Syndrome goître exophthalmique survenu chez un goîtreux, guérison par l'électricité. Presse méd. Nr. 47. 1899) enthält nichts Besonderes, nur dass der Morbus Basedowii sich während übertriebenen Radfahrens entwickelt hatte, und dass nach einem heftigen Schrecken ein Rückfall eintrat.

Arnold Schiller (Ueber die Kropfoperationen an der Heidelberger Klinik in den Jahren 1888—98. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 535. 1899) berichtet kurz über 4 Fälle von Operation bei Morbus Basedowii.

I. 28jähr. Lehrerin. Harte Struma cyst. mit Basedow- und Drucksymptomen. Ausschälung der Cyste. Rasche Besserung. Wiederaufnahme des Berufes.

II. 49jähr. Witwe. Früher melancholisch. Seit 1 Jahre Morbus Basedowii. Unterbindung der rechten Schilddrüsenarterien. Rasche Besserung. Völlige Heilung.

III. 43jähr. Mädchen aus Kropffamilie mit Herzfehler nach Polyarthritis. Seit 10 Monaten Wachsen der Struma und Basedow-Symptome. Unterbindung der rechten Arterien. Vorübergehende Besserung. Nach 1 Jahre Tod durch Herzlähmung.

IV. 23jähr. Mädchen mit Struma parench. und Morbus Basedowii. Strumektomie. Säbelscheidentrachea. Plötzliche Asphyxie. Tracheotomie, künstliche Athmung ohne Erfolg. Tod.

Lufteintritt in die Venen und das rechte Herz. Akute verruköse Endokarditis. Grosse Thymus.

J. H. Nicoll (Case of exophthalmic goître, in which the thyroid was excised under cocaine. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 203. 1899) berichtet über eine Strumektomie bei Morbus Basedowii unter Cocainwirkung.

Bei der 45jähr. Kr. wurden der rechte Lappen des Isthmus und ein Theil des linken Lappens der Struma entfernt. Die Wunde heilte gut und die Symptome des Morbus Basedowii nahmen ab.

C. M. Allan (A suggestion as to the treatment of Graves' disease by the administration of bile by the mouth, hypodermically and intrathyroideal, with cases. Lancet Aug. 26. 1899) stellt Erwägungen an und meint, die Galle wirke nicht nur im Darme, sondern sie werde zum Theil wieder aufgesaugt und beeinflusse dann den Stoffwechsel. Die Galle wirke in gewissem Sinne dem Schilddrüsensafte entgegen.

Bei einer 50jähr. Frau, die seit lange zeitweise an Morbus Basedowii litt und bei der unter dem Einflusse einer Influenza die Krankheit akut und schwer geworden war, bemerkte A., dass Koth und Harn auffallend arm an Gallenfarbstoff waren. Er gab nun der Kr. sterilisirte Galle (Tabletten, die von *Burroughs, Wellcome u. Co.* hergestellt waren), spritzte sie ihr unter die Haut des Rückens und in das Schilddrüsengewebe. Die Einspritzungen machten der Kr. viel Beschwerden und sie bat flehentlich, sie zu unterlassen. Sie bewirkten Angst, Athembeschwerden, Steigerung der Tachykardie. Diese Symptome wurden dann mit Antipyrin bekämpft. Die Kr., der es nur ganz langsam besser wurde, bekam in 5 Wochen 48000 grains of bile. Dann aber erklärte sie, sie habe sich seit 20 Jahren nicht so gut befunden. Die akuten Basedow-Symptome waren zurückgegangen. Die Struma war geblieben.

Bei einer 45jähr. Frau mit Morbus Basedowii fruste schien die Galle auch Besserung zu bewirken, wenigstens hatten nach 2 Monaten die nervösen Beschwerden aufgehört.

Der Vf. verstärkt den Eindruck seiner klinischen Mittheilungen durch die Geschichte eines Knaben, der wegen einer Hautkrankheit mit Thyreoidin behandelt wurde und dies besser zu ertragen schien, wenn er gleichzeitig Galle bekam.

Möbius.

54. **Haematomyelia from gunshot wounds of the spine**; by Harvey W. Cushing. (Amer. Journ. of the med. Sc. CXV. 6. p. 654. June 1899.)

Eine 27jähr. Frau erhielt von rechts her erst einen Schuss, nach dem sie nach vorn fiel und aus dem Munde blutete, sodann einen 2. Schuss, nach dem sie vom Stuhle völlig zur Erde fiel und sofort ein Gefühl von steifen Gliedern und Geschwollensein der rechten Wade, sowie Prickeln in den Armen hatte. Das Bewusstsein war erhalten geblieben. Die 1. Kugel war über und vor dem rechten Tragus hinein und durch den Mund herausgegangen, die 2. war auf der rechten Seite des Nackens an der vorderen Seite des Trapezius eingedrungen. Bei der Aufnahme klagte die Kr. über Stechen und Eingeschlafensein in den Armen und im rechten Beine, weniger auch im Leibe und linken Beine. Die rechte Lidspalte war kleiner, vielleicht durch Gesichtschwellung auf dieser Seite, es bestand rechtseitige Hemiplegie vom Musc. deltoides abwärts, auch links leichte Paresen. Die Arme waren gegen Druck überempfindlich. In der Höhe der Schulterblätter und Brüste fand sich eine total anästhetische Zone, dieselbe Störung auch an einzelnen Gebieten der rechten Hand. Analgesie, auch für Temperaturreize, bestand an den Ulnarseiten beider Arme und an der ganzen linken Rumpfseite und dem linken Beine, Hyperästhesie am rechten Beine und an den nicht analgetischen Theilen des rechten Armes. Der Kniereflex war links stärker als rechts, die oberflächlichen Reflexe fehlten. Im rechten Beine fehlte das Lagegefühl, endlich waren die Sphinkteren paretisch. Im weiteren Verlaufe gingen die Sphinkterenstörungen und Paresen links ganz zurück, rechts blieb in der Hand eine Behinderung der Beugung der Finger, besonders der beiden letzten, auch Opponiren des 1. und 5. Fingers war unmöglich; es bestand deutliche Atrophie des Abductor indicis. Der Verlauf der Sensibilitätsstörungen ist durch mehrere Schemata veranschaulicht. Es bestand sonach anfangs ein etwas ungewöhnliches Bild der Brown-Sequard'schen Lähmung und schliesslich blieben Symptome, die in ihrer Gruppirung eine Syringomyelie vortäuschen konnten. Durch die X-Strahlen wurde nachgewiesen, dass die Kugel das Rückenmark nicht direkt lädirt hatte, sondern in der Wirbelsäule sitzen geblieben war.

C. giebt einen Ueberblick über die Literatur und kommt durch Analogieschlüsse zu der Ansicht, dass es sich gehandelt habe um eine Hämorrhagie in dem unteren Theil der Cervikalanschwellung, um eine Transversalläsion, namentlich der einen, rechten Seite, jedoch mit Betheiligung der grauen Substanz auch der anderen Seite. Bemerkenswerth ist noch aus der Krankengeschichte, dass die tiefen Reflexe auf der Seite der Hemiläsion einige Zeit gehemmt waren, dann verschwanden, dann wiederkehrten und endlich gesteigert waren. Die Prognose solcher Fälle ist, wenn Sepsis nicht hinzutritt, auch ohne Operation günstig.

Im 2. kurz mitgetheilten Falle handelte es sich um eine Schussverletzung im Dorsaltheile mit ähnlichem Symptomenbilde.

A. Boettiger (Hamburg).

55. **Klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemianaesthesia alternans**; von Prof. M. Bernhardt. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 10. 1898.)

Eine 64 Jahre alte, bis dahin gesunde Frau erkrankte plötzlich apoplektiform unter Auftreten starken Schwindels und heftigen Erbrechens, Erscheinungen, die fast 2 Tage hindurch anhielten, mit Verlust des Bewusstseins aber nicht verbunden waren. Lähmung trat nicht ein, jedoch eigenthümlich vertheilte Empfindungstörungen in der linken Gesichtshälfte und im rechten Beine, also eine Hemianaesthesia alternans. Im Gebiete des linken II. und III. Trigeminusastes bestand Analgesie mit Thermanästhesie, weniger im Gebiete des I. Astes, dazu noch Hypästhesie; das rechte Bein verhielt sich ähnlich den unteren Trigeminusästen, und zwar nahmen die Ausfallserscheinungen nach dem Centrum zu ab. Wesentliche Besserung trat nicht ein.

B. nimmt als Ursache der Krankheit eine Blutung oder umschriebene Erweichung in der Haube der Brücke an, und zwar in der Schleife und dem

ventralen Theile der Formatio reticularis. Die Betheiligung des linken Trigeminus weist auf die Gegend der Ursprung- und Durchgangstellen der sensiblen Trigeminuswurzel im linkseitigen Haubengebiete hin. A. Boettiger (Hamburg).

56. **Die Beriberi-Epidemien im Richmond-Asylum in Dublin**; von Dr. B. Scheube. (Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. II. p. 329. 1898.)

Sch. unterwirft einen vom Direktor des Richmond-Asylum Conolly Norman auf der 1898er Versammlung der Brit. med. Association in Edinburgh gehaltenen Vortrag, der im Brit. med. Journ. (p. 872. 1898) veröffentlicht worden ist, einer eingehenden Besprechung: Im Jahre 1894 wurden im Sommer 174 Fälle von Beriberi beobachtet mit 14.3% Mortalität, in der 2. Hälfte des Jahres 1896 114 Fälle mit 7% Mortalität, ebenso im Jahre 1897 wieder 246 Fälle mit 4.4% Mortalität, zusammen also 534 Erkrankungen mit 44 = 8.23% Todesfällen. Sch. berichtet eingehend über die klinischen Erscheinungen, wie sie Norman schildert und die in ihrer Schwere in den 3 Epidemieen nicht gleich waren. Im ersten Jahre herrschten die schweren Formen vor mit ausgeprägtem allgemeinen Oedem und starken Lähmungen; schon im zweiten Jahre traten diese Erscheinungen weniger hervor und im dritten Jahre zeigte die grosse Mehrzahl der Fälle milden, rudimentären Typus, nur Andeutungen von Anasarka und motorischen Störungen, hingegen viel Neigung zu schmerzhaften Formikationen. Die Aetiologie der Epidemieen war dunkel; auffallend war, dass nur in der Anstalt die Epidemieen auftraten, obwohl die Anstalt mitten in der Stadt Dublin liegt und bezüglich Wasserversorgung und Kost unter denselben Bedingungen steht, wie die umgebenden Stadtviertel. Jedoch entsprechen die Verhältnisse der Anstalt bezüglich Untergrund, Belegungraum, Licht, Ventilation u. s. w. sehr wenig den heutigen hygieinischen Anforderungen. Sch. bedauert die ungenügenden Angaben Norman's über die Vertheilung der Fälle auf die einzelnen Monate, über die begleitenden Witterungverhältnisse, über die Dauer der einzelnen Fälle und einige andere Punkte. Bezüglich der Aetiologie ist er der Ansicht, dass die Krankheiterreger irgendwoher eingeschleppt worden sind, wozu Dublin als Hafenort immerhin reichlich Gelegenheit bot, und dass die Erreger gerade in dem hygieinisch schlecht eingerichteten Asyl einen besonders günstigen Boden zur Weiterentwickelung antrafen.

A. Boettiger (Hamburg).

57. **Ueber den infektiösen Charakter und den Zusammenhang von akutem Gelenkrheumatismus und Chorea**; von DDr. Westphal, Wassermann, Malkoff. (Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 29. 1899.)

In der Charité wurden 3 Mädchen mit Chorea nach Polyarthritis beobachtet. Endokarditis war 1mal klinisch, 2mal anatomisch nachzuweisen. Albuminurie, Fieber, Herpes labialis wurden beobachtet. Die Chorea war sehr stark und war mit hallucinatorischer Verwirrtheit verbunden. Die Sektion ergab 1mal Nephritis, 2mal Pleuritis. Am Gehirn wurde nichts Wesentliches gefunden.

Eine dieser Pat., ein 19jähr. Mädchen war im Januar 1899 an Gelenkrheumatismus, im Februar an Chorea erkrankt. Am 12. Februar starke Chorea mit Anfällen hallucinatorischer Verwirrtheit, ohne Schwellung oder Schmerzen der Gelenke, mit Herzklopfen und Tachykardie. Nach heftigem Delirium mit Fieber bis 41.2° am 24. Febr. Collaps und Tod.

Zarte endokarditische Auflagerungen, parenchymatöse Nephritis.

Aus dem Blute und den Organen dieser Leiche konnte ein Streptococcus gezüchtet werden, der bei Kaninchen Gelenkschwellungen bewirkte. Die Thiere bekamen Fieber und starben meist. In dem Exsudat der Gelenke war der Mikroorganismus vorhanden. Auffallend war, dass der als Diplococcus erscheinende Streptococcus nur auf stark alkalischem Nährboden gut wuchs. Möbius.

58. **Akute rheumatische Geistesstörung mit akuter rheumatischer Chorea**; von Dr. M. Jastrowitz. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33. 34. 1899.)

Ein 20jähr. Mädchen fiel im November 1898 durch sein albernes Wesen auf. Im December akuter Gelenkrheumatismus und Chorea. Seit Februar 1899 Geistesstörung. Einfache Verwirrtheit. Später Melancholia cum stupore.

Ein 21jähr. Mädchen aus sehr nervöser Familie, das nicht menstruirt worden war, bekam rheumatische Schmerzen und Gelenkschwellungen, dann Chorea, wurde aufgeregt und verwirrt. Pat. machte eine äusserst schwere Krankheit durch: hohes Fieber, Endokarditis, Sepsis, Thrombose der Art. femor. sin., Decubitus. Dabei war die Pat. zumeist ganz verworren und unzugänglich. Allmählich trat Besserung ein und nach einigen Monaten genas die Kranke.

Die theoretischen Erörterungen des Vfs., in denen betont wird, dass das Gift bei der Chorea alle motorischen Theile des Nervensystems schädige, mögen im Originale nachgelesen werden. In klinischer Hinsicht wäre darauf hinzuweisen, dass auch in diesen Fällen die choreatische Geistesstörung bei Erwachsenen aufgetreten ist.

Möbius.

59. **Ein Fall von schwerer Chorea**; von Dr. S. Werner. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35. 1899.)

W. beobachtete unter Gläser einen Fall von tödtlicher Chorea.

Die 18jähr. Pat. hatte seit Wochen rheumatische Schmerzen gehabt, seit mehreren Tagen war rasch zunehmende Unruhe eingetreten. Am 13. Jan. schwere Chorea. Am 18. starkes Schreien, Unruhe, viele Verletzungen, Fieber. Auch im Schlafe choreatische Bewegungen. Am 22. Beruhigung. Hallucinationen des Gesichts und Gehörs. Allgemeine Besserung. Am 1. Febr. stärkere Unruhe, Herzbeschwerden. Am 4. starke Jaktation. Am 5. Ansteigen der Temperatur, Albuminurie. Am 7. Tod.

Die *Sektion* ergab parenchymatöse Nephritis, geringe Auflagerungen auf den Herzklappen. Aus den

letzteren konnten Streptokokken cultivirt werden. Keine Veränderungen des Gehirns, Rückenmarks, der Nerven und Muskeln.

Der Vf. betont, dass seine Beobachtung für die infektiöse Natur der Chorea spreche, wenn auch die Nephritis vielleicht auf sekundäre Infektion zu beziehen sei, und dass die geistige Störung (Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen) der Schilderung des *Ref.* entspreche. Möbius.

60. **Wird bei jungen Unverheiratheten zur Zeit der Menstruation stärkere sexuelle Erregtheit beobachtet?** von Dr. Schröter in Eichberg. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 3. p. 321. 1899.)

Die Frage Schr.'s, die von wichtigem forensischen Interesse ist, wurde an dem Krankenmaterial der Eichberger Anstalt studirt; es handelte sich nur um junge ledige *geisteskranke* Frauen. Bei 141 von den 402 weiblichen Kranken (alten und jungen, verheiratheten und ledigen) wurde eine Steigerung der sexuellen Erregtheit während der Menses beobachtet; bei 181 war eine solche nicht aufgetreten, war aber auch ausserhalb der Menstruation nie vorhanden gewesen; bei den übrigen 80 trat während der Menses keine sexuelle Erregtheit ein, während in den Zwischenzeiten solche vorkam. Dass bei den Jüngeren die intramenstruelle sexuelle Erregtheit besonders häufig war und speciell bei den unverheiratheten, wird procentmässig vorgerechnet; der Krankheit nach kommen besonders jugendlich Imbecille in Betracht, dann Maniakalische. Ein Vergleich mit einer früheren, sich auf Kranke der besseren Gesellschaftschichten beziehenden Statistik zeigt, dass hier die intramenstruelle sexuelle Erregung bei weitem seltener ist, was mit dem Bildunggrade und der anerzogenen Selbstbeherrschung erklärt wird (also nur scheinbar). Bresler (Freiburg i. Schl.).

61. **Alkohol und Epilepsie**; von Dr. Bratz. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 3. p. 334. 1899.)

Auf Grund des Materials der Anstalt Wuhlgarten wird versucht, zur Klärung einzelner, auf den Zusammenhang zwischen Alkohol und Epilepsie bezüglicher Punkte beizutragen, z. B., ob der Alkohol nur die Rolle eines auslösenden Momentes spielt oder auch bei rüstigen Nerven Epilepsie zu erzeugen vermag, ob die alkoholistischen Krampfanfälle nach Art und Verlauf der gewöhnlichen Epilepsie zuzurechnen sind, über das Aufhören der Anfälle in der Abstinenz, den geistigen Verfall u. s. w. Es werden zunächst von solchen Kranken, die in der Abstinenz keine Anfälle boten, von der *Alkoholepilepsie im engeren Sinne,* eine Zahl von Krankengeschichten mitgetheilt, die unter folgender Eintheilung behandelt werden: 1) Kranke, die vor Beginn des Trunkes *vorübergehend* epileptische Anfälle geboten haben; 2) solche, die vor Beginn des Trunkes ein inferiores Nervensystem durch andere Neuropathien oder geistige Entwicklunghemmung erkennen liessen; 3) solche, die vor Beginn des Trunkes völlig gesund waren. Belastung war in 88% vorhanden.

Der Beginn regelmässigen Spirituosenmissbrauchs (fast ausschliesslich Schnaps) fiel ungefähr in das 18. Lebensjahr. Tägliches Durchschnittsquantum der Berliner Alkoholepileptiker $^1/_2$ bis $^3/_4$ Liter Nordhäuser mit Rum. Sämmtliche Patienten hatten neben der Epilepsie andere Symptome des chronischen Alkoholismus von Seiten des Nervensystems; Tremor war fast immer da; bei $^1/_3$ der Kranken waren bei der Aufnahme in die Anstalt Sensibilitätstörungen vorhanden oder vor derselben einmal vorhanden gewesen. Tremor und Sensibilitätstörungen gingen oft Jahre lang den Krämpfen voran. Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit waren ebenfalls häufig. Dem ersten Anfalle ging selten petit-mal voraus, auch schloss er sich gewöhnlich an eine Orgie an. 14 Tage nach eingetretener Abstinenz hörten die Anfälle spätestens auf, während die anderen alkohologenen Störungen weiter bestanden. Aura ging häufig den Anfällen voran; sie war meist sensorischer Natur. Die von französischer Seite beschriebenen hysteriformen Anfälle wurden auch von B. beobachtet. Bei 50% der Patienten hatte früher Delirium tremens stattgefunden; chronische irreparable Geistesstörungen, abgesehen von der einfachen geistigen Abschwächung, insbesondere Paranoia, stellte sich bei keinem der in Rede stehenden Alkoholepileptiker ein. Der erste Anfall trat bei $^1/_3$ der Kranken schon im 1. oder 2. Jahre des gewohnheitmässigen Missbrauches geistiger Getränke ein, also schon vor dem 20. Lebensjahre, bei den anderen $^2/_3$ fällt der Beginn in das 3. und 4. Lebensjahrzehnt. Auf die im Herbste 1898 in Wuhlgarten verpflegten 400 Epileptiker kamen 82 Alkoholepileptische, auf 250 Epileptikerinnen 5 Alkoholepileptische. Der *Alkoholepilepsie,* als deren pathologisches Substrat B. eine rasch ausgleichbare blosse Reizung der nervösen Elemente des Gehirns durch die Intoxikation annimmt, stellt er die *habituelle Epilepsie der Trinker* entgegen; sie finde sich nur bei Leuten, die Jahre lang stark dem Alkoholmissbrauch ergeben waren, und zwar, wenn nicht andere Ursachen den Ausbruch der Krankheit beschleunigen, erst vom ca. 40. Lebensjahre an; bei ihr liegen organische Veränderungen, besonders Arteriosklerose, vor. Nach Wegfall des Alkohols bleiben die vielgestaltigen Symptome der Epilepsie (nebst fortschreitendem geistigen Verfall und chronischen Psychosen) bestehen.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

62. **Obduktionsbefunde beim Tod im Status epilepticus**; von Dr. L. W. Weber. (Wien. med. Wchnschr. XLIX. 4. 1899.)

Der Vf. untersuchte eingehend alle im Laufe von 4 Jahren in der Anstalt Uchtspringe im Status epilepticus Gestorbenen. Er fand makroskopisch

stets grosse Blutüberfüllung aller inneren Organe, auch der serösen Häute, frische fettige Degenerationen an Herz, Leber und Nieren, atheromatöse Veränderungen an den Herzklappen und grossen Arterien. Auch im Centralnervensystem bestand starke Blutüberfüllung; die mikroskopische Untersuchung ergab die bekannten frischen Veränderungen am Gefässapparat und frische Degenerationprocesse an den innerhalb der durch die Extravasate zerstörten Gewebetheile liegenden Ganglienzellen und an den Ganglienzellen, die durch die perivaskulären Infiltrationen und Exsudate nutritiv und funktionell geschädigt waren.

W. sieht in den Gefässveränderungen die Folgen der epileptischen Anfälle. Die Ursachen der letzteren können erst einigermaassen vermuthet werden; in manchen Fällen spielen sicherlich toxische Einflüsse eine Rolle, die gleichzeitig die akuten Verfettungen des Herzmuskels, der Leber und der Nieren zu erklären geeignet sein würden.

Der Vf. schliesst: 1) In den meisten Fällen von Tod nach schweren epileptischen Anfällen finden sich in der Hirnrinde und Medulla oblongata frische Gefässerkrankungen und Extravasate, theilweise mit Zerstörung der benachbarten nervösen Elemente. 2) Diese Veränderungen sind, falls sie in der Medulla oblongata liegen, in vielen Fällen die direkte Todesursache, in anderen Fällen verursachen sie, je nach ihrer Lage zu den nervösen Elementen, Cirkulationstörungen und Blutungen in den grossen Körperorganen, schädigen den Respirationapparat, bewirken transitorische Paresen der Glieder und psychische Störungen.

A. Boettiger (Hamburg).

63. **Casuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica (Fournier)**; von Dr. Ferd. Klein in Eberswalde. (Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 6. p. 451; VI. 1. 2. p. 16. 122. 1899.)

Kl. theilt sieben Krankengeschichten mit und sucht die Diagnose Pseudoparalysis luetica zu begründen. Seiner Meinung nach sprechen gegen progressive Paralyse (die Kl. richtig als Metasyphilis auffasst) und für Gehirnsyphilis: geringer Abstand von der Infektion, Erfolg der Behandlung, stürmischer Eintritt der Störungen, Fehlen der charakteristischen Sprachstörung, Fehlen deutlich fortschreitenden Schwachsinnes, Vorkommen von Hallucinationen u. A.

Gegen Kl.'s Auffassung ist Einiges zu sagen. Tschisch bemerkt in demselben Hefte, in dem Kl.'s 2. Aufsatz steht, nach Pierret sehr richtig: Ein Arzt, der Pseudoparalysis progressiva diagnosticirt hat, hat einfach eine falsche Diagnose gestellt.

Wenn Kl.'s Mittheilungen irgend etwas beweisen sollten, so müssten sie von anatomischen Untersuchungen begleitet sein und es müsste nachgewiesen sein, dass in Kl.'s Fällen keinerlei paralytische Veränderungen vorhanden waren, d. h., dass nirgends im Nervensysteme primäre Atrophie der Fasern oder Zellen aufzufinden war.

Kl.'s klinische Merkmale sind theils höchst trügerisch, theils geradezu falsch. Zunächst ist es eine gänzlich unbegründete Behauptung, dass reflektorische Pupillenstarre bei tertiärer Gehirnsyphilis vorkomme, sie beweist trotz Kl. *jeder Zeit*, dass systematische Degeneration, folglich Paralyse besteht. Dass Paralyse in der Regel erst nach etwa 7 Jahren auftritt, ist richtig, aber es giebt auch Ausnahmen und sie kann überdem später zur Gehirnsyphilis hinzutreten. Der Erfolg der Behandlung beweist nur dann etwas, wenn er eklatant ist und andauert. Remissionen der Paralyse fallen oft genug mit der Behandlung zusammen. Dass ein Paralytischer Sprachstörung haben müsste, ist gar nicht wahr, so und so oft sterben die Leute, ohne Sprachstörung gehabt zu haben. Am allerwenigsten sind die psychischen Zustände diagnostisch brauchbar; die Paralyse ist ein solcher Proteus, dass geradezu alles bei ihr vorkommt, die unwahrscheinlichsten Symptome und die überraschendsten Besserungen. Da spielt die Individualität eine grosse Rolle und wenn, wie in einigen Fällen Kl.'s, Paranoia-Symptome auftreten, so sind sie eben ein individuelles Epiphänomenon.

Das ganze Entweder-Oder Kl.'s ist unrichtig. Richtig ist nur, dass häufiger, als man früher dachte, bei Paralytischen Symptome der Gehirnsyphilis gefunden werden und dass dadurch manche eigenthümliche Zustände zu erklären sind.

Möbius.

VI. Innere Medicin.

64. **Ueber die Inspektion bei schiefer Beleuchtung und über Schattenbewegungen**; von Carl Walz. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 6. 1899.)

W. empfiehlt die schiefe Beleuchtung bei der Inspektion der Körperoberfläche, weil hierdurch manche bei voller Beleuchtung kaum wahrnehmbare Veränderungen durch den Schatten so deutlich projicirt werden, dass selbst feinere Veränderungen, z. B. die Rückstoss-Elevation, erkannt werden können. Aufrecht (Magdeburg).

65. **Ueber die therapeutische Beeinflussung der Expektoration durch die Heilmittel der Hypurgie**; von Prof. Martin Mendelsohn in Berlin. (Berl. Klinik 133. Juli 1899.)

M. macht darauf aufmerksam, dass man das Aushusten durch richtiges Lagern des Kranken, durch geschicktes Aufsetzen und durch Anfeuchten der Luft erleichtern kann. Diese zweifellos wichtigen und wohl auch vielfach noch zu wenig beachteten Dinge trägt M. mit der an ihm bekannten

„exakten Wissenschaftlichkeit“ vor. Wenn man dem Kranken durch Aufsetzen husten hilft, so gehört das zur „esoterischen Hypurgie“, wenn man ihm einen guten Spucknapf geschickt vorhält, so ist das „exoterische Hypurgie“!! Dippe.

66. **Ein Beitrag zur Diagnostik der Lungengeschwülste**; von Dr. H. Hellendall. (Zeitschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 435. 1899.)

H. theilt 3 Krankengeschichten mit.

Der 1. Fall zeichnet sich durch seinen langsamen Verlauf über 6 Jahre aus. Beginn mit einer Hämoptöe. Man dachte zuerst an Phthise, nahm dann einen Herzfehler mit Lungeninfarkten an. Später Schlingbeschwerden, Anfälle von Athemnoth. Dabei nur bräunlicher Auswurf, kein frisches Blut wieder. Zunehmende Auftreibung der rechten unteren Thoraxhälfte mit starker Verdrängung von Leber und Herz, starke Venenerweiterungen rechts, halbseitiger Hydrops, massive Dämpfung machten dann die Diagnose sehr wahrscheinlich; eine Probepunktion ergab weissliche Flocken mit Sarkompartikeln und die *Sektion* bestätigte die Diagnose: primäres Rundzellensarkom der Lunge.

Der 2. Fall verlief auffallend schnell. Einem jungen Mädchen wurde aus der linken Glutäalgegend ein seit $^1/_2$ Jahre bestehendes Sarkom entfernt. 8 Tage nach der Entlassung: typische Pneumonie mit Krisis. 8 Tage später wieder Fieber, von Neuem starke Infiltration in der bereits locker gewordenen Pneumonie. Athemnothanfälle. Nach 4 Wochen Tod: ausgedehntes Sarkom der Lunge. Auch in diesem Falle hatte erst eine Probepunktion die richtige Diagnose ermöglicht.

Der 3. Kr. war etwa $^1/_2$ Jahr lang leidend: fortschreitende Erkrankung der serösen Häute. Erst linkseitige Pleuritis mit blutigem Ergusse, die $2^1/_2$ Monate dauerte. 4 Wochen später rechtseitige hämorrhagische Pleuritis und chylöser Erguss im Peritonaeum. Schnelle Abmagerung, Tod. Die Probepunktion der rechten Pleura hatte Tumormassen ergeben. Bei der *Sektion* fand man einen grossen Magenkrebs (der bei dem 36jähr. Kr. gar keine Erscheinungen gemacht hatte) und Krebs der serösen Häute.

H. führt seine Fälle namentlich als Beleg dafür an, dass eine geschickt ausgeführte Probepunktion auch bei soliden Tumoren ohne Erguss die Diagnose feststellen kann. Dippe.

67. **Wie entsteht der Schmerz bei der Gallensteinkolik?** von Dr. Bertelsmann. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 25. 26. 1899.)

B. sucht zwischen den älteren und den neuerdings ausgesprochenen Anschauungen über das Wesen der Gallensteinkolik zu vermitteln. Die Hauptsache scheinen ihm krankhaft heftige Zusammenziehungen der verschlossenen Gallenblase. Der Verschluss kann auf verschiedene Weise zu Stande kommen und die Gallenblase verhält sich dann ähnlich wie z. B. der Darm oberhalb einer Verlegung: sie zieht sich gewaltsam zusammen, ihre Schleimhaut sondert reichlich Flüssigkeit ab, die bei günstigem Verlaufe mit dem Nachlassen der heftigen Erscheinungen abfliesst oder aufgesaugt wird. Ebenso wie am Darme, kann es auch in der Gallenblase zu Blutungen und Verschwärungen der Schleimhaut mit den entsprechenden Folgen kommen. Zweifellos ist bei alledem häufig eine Entzündung mit im Spiele, unbedingt nöthig für jede Gallensteinkolik ist aber eine Entzündung nach B.'s Ansicht nicht. Er kann hierin Riedel nicht beistimmen. Dippe.

68. **Die therapeutische Bedeutung des Vegetarianismus**; von F. A. Hoffmann in Leipzig. (Die Therapie der Gegenwart N. F. I. 7; Juli 1899.)

H. sucht in den dichten Dunst von Schwindel, Reklame, wildem Theoretisiren u. s. w., in den der Vegetarianismus immer noch eingehüllt ist, etwas Licht und Klarheit zu bringen. Irgend etwas Sicheres lässt sich kaum sagen. Die Annahme, dass der Körper die nöthigen „Nährsalze“ mit der Pflanzenkost in einer ganz besonders günstigen Form erhalte, ist ebenso unbewiesen wie die Behauptung, die Pflanzenkost bilde weniger schädliche Zersetzungstoffe und schone deshalb ganz besonders die Leber. Die Erfahrung lehrt, dass der Vegetarianismus bei Hysterie und Neurasthenie, namentlich wenn neuralgische Erscheinungen vorhanden sind, günstig wirkt und dass er bei Fettleibigen mit Verstopfung und den bekannten nervösen Erscheinungen von entschiedenem Nutzen sein kann. Hier lässt sich manches Gute erreichen; H. hat sogar fette, hartleibige, neuralgische Diabetiker mit Vortheil eine Zeit lang vegetarisch leben lassen. Dass man auf das Befinden der Kranken dabei sorgsam achten muss, dass man Kost und sonstiges Verhalten genau vorschreiben muss (die vegetarische Kost kann ihrem gesammten Nährwerthe, ihrem Fettgehalte u. s. w. nach sehr verschieden sein), bedarf kaum der besonderen Betonung. Dippe.

69. 1) **Zur Kenntniss der Periarteriitis nodosa**; von Georg Freund in Königsberg. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXII. 5 u 6. p. 537. 1899.)

2) **Ueber Periarteriitis nodosa**; von Prof. Schrötter in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XLIX. 15. 1899.)

Die Lehre von der *Periarteriitis nodosa*, ein Leiden, das in Folge seiner Seltenheit bisher stiefmütterlich behandelt worden ist, hat durch Freund (1) und Schrötter (2) eine aufklärende Erweiterung gefunden. Den nur 12 bisher in der Literatur beschriebenen Fällen reiht Fr. einen neuen an, der anatomisch und klinisch genau beobachtet und beschrieben ist.

Bei einem 38jähr. Maurer aus Russland zeigten sich bei der *Sektion* die von Kussmaul und Maier im Jahre 1866 zuerst beschriebenen miliaren, blassen Knötchen der Haut im Gesichte, am Halse und an den Armen. Am auffallendsten war das Verhalten der *Arterien:* Wie in allen anderen beschriebenen Fällen waren die *grössten Arterien frei von den charakteristischen Veränderungen* der kleineren und kleinsten Arterien, die in der *Bildung zahlreicher, kleiner, aneurysmatischer Verdickungen des Arterienrohres* bestehen. Am stärksten waren betheiligt das ganze Peritonaeum, Mesenterium, Mesocolon, die Serosa des Magens, Dünn- und Dickdarms, indem dort überall den Verzweigungen der Gefässe stecknadelkopf-

bis hirsekorngrosse gelblich-weisse Knötchen folgten. In geringerer Ausdehnung erstreckte sich die Erkrankung auf die Pleura mediastinalis und pericardii in Form von „zahlreichen miliaren, grauweisslichen, derben und den Gefässramifikationen entsprechenden Knötchen“. Diese Veränderungen wurden später mikroskopisch in den Muskelarterien der Glieder, des Psoas und des Zwerchfells und auch in den Arterien einzelner peripherischer Nerven (N. ischiadicus, vagus und phrenici) festgestellt, wo sie dem blossen Auge entgangen waren. Von Wichtigkeit für die *Aetiologie* ist, dass von den Arterien allein *frei* von den *Knötchen* waren die *Arterien des Gehirns und des Rückenmarks*, ebenso die Lungen. Aus der durch 2 gute Abbildungen illustrirten mikroskopischen Untersuchung geht hervor, dass die Erkrankung die Arterien *sämmtlicher Gefässhäute* betrifft, dass besonders die Intima an eine lokal entsprechende Erkrankung der Media und Adventitia gebunden ist, d. h. *auf normaler Media ist nirgends eine gewucherte Intima zu constatiren.* Durch diesen Process wird selbstverständlich eine Verengerung des Gefässlumens herbeigeführt, die eine *aneurysmatische Ausbuchtung aller drei Gefässhäute* oder eine *Thrombosirung* zur Folge hat. Eine ausführliche Schilderung der weiteren Veränderungen, so besonders der Nerven und Muskeln, sowie der Nieren (Nekrose der Harnkanälchen und Glomerulonephritis) verbietet der Raum. Es wird daher auf das Original verwiesen, in welchem auch die Literatur eingehend berücksichtigt ist.

Der *klinische Verlauf* war ein überaus dunkler (Prof. Lichtheim): Beginn mit hohem Fieber in voller Gesundheit, dann Schüttelfrost, unregelmässige Darmerscheinungen, nach 8 Tagen Schmerzen in den Beinen, dann 4 Wochen lang mässiges Fieber unter Steigerung der Schmerzen, rasche Abmagerung und Schwächezunahme, Bronchitis, Pulsbeschleunigung und Irregularität; Herzbefund normal, Urin eiweissfrei mit einer Spur Zucker. Die Muskulatur atrophisch, faradische Erregbarkeit herabgesetzt, aber die Zuckungsformel normal, Reflexe fast normal. In der zweiten Hälfte der nur $3^1/_4$ Monate langen Erkrankung subnormale Temperaturen mit beständig hoher Pulsfrequenz (120), zuletzt tonische, halbseitige Krämpfe bis zum Tode. Die Diagnose war auf schwere toxische Polyneuritis gestellt worden, wofür die Magendarmerscheinungen, die Kachexie und die terminalen Krämpfe sprachen.

Die Beurtheilung des Wesens dieser Krankheit ist sehr schwierig, am wahrscheinlichsten ist die Annahme einer akuten Infektion, deren Virus allerdings noch unbekannt ist. Jedenfalls muss man Syphilis ausschliessen, da gerade bei Periarteriitis nodosa in jedem Falle die *Lieblingsstellen der syphilitischen Gefässerkrankung*, die *Hirnarterien*, frei geblieben sind.

Schrötter (2), der bei der Bearbeitung der Gefässkrankheiten für Nothnagel's Handbuch sich mit der Periarteriitis nodosa eingehend beschäftigt hat, giebt eine kurze erschöpfende Beschreibung dieser sehr seltenen Krankheit. Er bespricht in nuce die pathologische Anatomie (Beigabe eines sehr charakteristischen Bildes der erkrankten Mesenterialgefässe nach einem Präparate der Wiener Sammlung) und den klinischen Verlauf. Da Sch. selber über eine eigene Beobachtung nicht verfügt, so hält er sich an die bisher veröffentlichten Arbeiten und kommt bezüglich der *Aetiologie* dieser in einem Alter von 20—40 J. vorkommenden Erkrankung zu der Annahme einer angeborenen *Debilität des Gefässsystems* (Eppinger). Die *Diagnose* kann sehr schwierig werden, wenn aus dem Kussmaul'schen *Symptomencomplex* (fieberhafter Beginn, Missverhältniss zwischen Pulsfrequenz und Temperatur, Herzklopfen, rasch eintretender, anämischer Marasmus, Muskelschmerzen, Muskelatrophie mit Lähmungserscheinungen und die Symptome von Seiten des Darms und der Nieren) einzelne der Syndrome ausfallen. *Differentialdiagnostisch* kommen *Miliartuberkulose, Septikämie* bei gleichzeitigem Ikterus, *Endokarditis* und *Trichinosis* (Kussmaul) in Betracht. Der *Verlauf* der Krankheit ist ein akuter, besonders tritt der charakteristische *Marasmus* sehr frühzeitig zu Tage. Die ganze Dauer der Krankheit hat bisher in keinem Falle 3 Monate überschritten. Bei der durchaus übeln *Prognose* kann die *Therapie* nur eine symptomatische (Morphium zur Beruhigung) und roborirende (Milchdiät) sein.

C. Kompe (Friedrichroda).

70. **Die künstliche Eiterung nach der Methode Fochier's bei Pyämie und anderen akuten Krankheiten**; von Dr. Menko in Amsterdam. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 9. 1899.)

M. bringt unter ausführlicher Beschreibung der Krankengeschichte einer an Pyämie schwer erkrankten Dame die von Fochier in Lyon im August 1891 zuerst empfohlene Methode der Pyämiebehandlung mittels Terpentinöl-Injektionen wieder in Erinnerung. Durch die unter aseptischen Cautelen vorzunehmende und eventuell wiederholte Injektion von 2 g Ol. terebinthinae in die Muskulatur der Waden oder der Oberarme wurde die von Fochier erstrebte lokale Eiterung (abscès de fixation) rasch und sicher erzielt und damit die Gefahr der Krankheit beseitigt, indem sehr bald die täglichen Schüttelfröste aufhörten und die hohen Abendtemperaturen auf die Norm zurückgingen. Auch die Pulsfrequenz wurde günstig beeinflusst. Gegen die Schmerzhaftigkeit nach der Injektion wurde Morphium subcutan gegeben. Nach der im Originale angeführten, ziemlich reichlichen Literatur von französischer und italienischer Seite soll sich diese Methode besonders für puerperale Pyämie eignen. C. Kompe (Friedrichroda).

71. **Ueber die Wirkung der sogenannten Fixationsabscesse**; von Dr. Eduard Bauer. (Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 529. 1899.)

Als modernisirte Modifikation der in der alten Medicin verwandten Haarseile u. s. w. führte Fochier in Lyon 1891 künstlich hervorgerufene Abscesse durch Terpentininjektion unter die Haut, sogen. Fixationabscesse, in die Therapie einiger Infektionkrankheiten ein. B. wandte das Verfahren bei Pneumonie, Typhus, Erysipel und Cerebrospinalmeningitis an und beobachtete das Verhalten der Leukocyten und der Abscesse selbst. Er injicirte 1.0—1.5 ccm sterilisirten Terpentins, bez. von einer 1proc. Lösung von Crotonöl in Terpentin 0.1—2.0 ccm, letzteres in 5 von den

25 beobachteten Fällen. Nach meist 6 Tagen fluktuirte der Abscess. Der durch Incision gewonnene Eiter wurde bakteriologisch untersucht und erwies sich immer als steril. Es wurden 50—200 ccm Eiter erhalten, meist bestehend aus multinucleären Leukocyten. Der Eiter roch noch stark nach Terpentin. Auch der während mehrerer Tage nach der Incision entleerte Eiter war noch steril, obwohl keine besonderen antiseptischen Maassnahmen getroffen wurden. Die Abscesse können also eine Infektion bakteriologisch nicht fixiren.

Bei floridem Typhus kam nach den Injektionen keine Abscessbildung zu Stande, auch die Leukocytenzahl des Blutes war ungeändert. B. glaubt dieses Versagen der Einspritzungen mit dem Auftreten des Milztumor in Zusammenhang bringen zu dürfen. Bei Pneumonie hält er das Auftreten der Abscesse für direkt abhängig von der gleichzeitig beobachteten Steigerung der Leukocytenzahl; besonders war auffallend der Befund, dass die Leukocytose bei typischer Pneumonie mit typischer Krise längere Zeit bestehen blieb, während sonst mit der Krise die Leukocytenzahl auf den Normalwerth herabsinkt. Die Beobachtungen bei Erysipel und Meningitis ergaben kein unzweideutiges Resultat. W. Straub (Leipzig).

72. **Ueber den Einfluss lokaler Blutentziehungen auf Entzündungen**; von Dr. Robert Weil. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 423. 1899.)

W. hat bei Kalt- und bei Warmblütern gegen die verschiedentlichsten Entzündungen Blutentziehungen angewandt und hat beobachtet, dass diese stets einen für den Kranken günstigen, der Entzündung entgegenarbeitenden Einfluss ausübten. Die Hauptsache ist dabei augenscheinlich die starke Anregung des Blutstromes in dem entzündeten Gebiete, wodurch nicht nur die in den Gefässen stockenden Massen fortgeschwemmt werden und neues gesundes Blut zugeführt wird, sondern wodurch auch Aufsaugung und Ausscheidung stark angeregt werden. Dippe.

73. **Contribution à l'étude des lésions médullaires dans l'anémie pernicieuse progressive protopathique et dans les anémies symptomatiques de l'adulte**; par Emile Lenoble. (Revue de Méd. XVII. 6. p. 425. 1897.)

L. theilt aus der Klinik des Prof. Hayem 2 Beobachtungen mit. Die erste betrifft einen 28jähr. Mann, bei dem die perniciöse Anämie in 5 Monaten ihren Höhepunkt erreichte. Als nervöse Symptome wurden gefunden: fibrilläre und fascikuläre Zuckungen, Steigerung der Sehnenreflexe und Fussclonus. Die sehr eingehende mikroskopische Untersuchung ergab im Rückenmarke punktförmige Hämorrhagien, ohne Trennung in der Continuität der nervösen Elemente der weissen Substanz, ohne Rarefikation ihrer Bahnen, und fast vollständige Integrität der Zellen der grauen Substanz.

Im 2. Falle handelte es sich um eine symptomatische Anämie nach Schwangerschaft, die ganz das Bild der perniciösen Anämie darbot, jedoch ohne nervöse Störungen. Hier wurden auch post mortem keinerlei Veränderungen im Rückenmarke gefunden.

L. stellt Vergleiche zwischen diesen beiden grundsätzlich verschiedenen Fällen an, hebt ihre Berührungen und Unterschiede hervor, und giebt im Anschlusse hieran einen Ueberblick über die hauptsächlichsten Publikationen zu diesem Thema und die Eigenarten der einzelnen mitgetheilten Fälle.

Seine Schlussfolgerungen lauten: die perniciöse Anämie und die symptomatischen schweren Anämien der Erwachsenen sind oft begleitet von Rückenmarksveränderungen, die variiren zwischen capillären Hämorrhagien und sklerotischen, über den grössten Theil der weissen Substanz ausgebreiteten Herden; auch die graue Substanz kann mehr oder weniger stark betroffen sein, bis zum Schwunde ganzer Zellengruppen.

Die Läsionen können sich ohne Symptome entwickeln; sie können aber auch Erscheinungen der Rückenmarksreizung oder selbst Lähmungen herbeiführen je nach ihrer Ausdehnung und Vertheilung.

Diese Alterationen schienen überhaupt mechanischer Art zu sein; das zu vermuthende Gift der perniciösen Anämie wirkte namentlich auf die Hämatoblasten. Derselbe Mechanismus hatte wohl auch bei den symptomatischen Anämien statt. A. Boettiger (Hamburg).

74. **Ein Fall von akuter Dermatomyositis**; von Dr. W. Neubaur. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 12. 1899.)

N. berichtet über einen Fall von akut auftretender, entzündlicher Erkrankung des gesammten willkürlichen Muskelapparates, wie sie zuerst im Jahre 1887 Hepp, Wagner, Unverricht unabhängig von einander beschrieben haben. Von Letzterem wurde sie mit dem Namen Dermatomyositis belegt. Da man nach Unverricht, um das Krankheitbild nicht zu verwischen, nur sichere, den von ihm aufgestellten Symptomencomplex rein darstellende Fälle der Krankheit zuzählen darf, so können nur ca. 30 Veröffentlichungen in der Literatur als hierhergehörig bezeichnet werden. Besonders hervorzuheben ist, dass die Krankheit mit Sepsis nichts zu thun hat.

Der Fall schliesst sich dem aufgestellten Symptomencomplex vollkommen an: Die Krankheit begann plötzlich mit Fieber, Kopfschmerz und heftigen Schmerzen im rechten Beine, das von unten an anschwoll. Es traten nacheinander auf: Oedeme, Schwellungen der Glieder (bei Druck mit dem Finger bleibt keine Delle zurück), Schmerzhaftigkeit, besonders an den Beugeseiten (im Gegensatze zu anderen Fällen). Charakteristisch waren ferner der progressive Verlauf, das Fortschreiten auf Schling- und Athemmuskeln, das Freibleiben der Muskeln der Augen, des Herzens, der Zunge, des Zwerchfells. Der beobachtete Ausschlag bestand in einem flüchtigen roseolaähnlichen Exanthem, ausserdem bildete sich ein Herpes an einer Kampherinjektionstelle aus. Es kam zu schwerer Nephritis (2.8% Albumen, Cylinder u. s. w.), Pleuritis, Pneumonie. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war nahezu normal, die Psyche frei, die Krankheitdauer betrug 50 Tage. Besonderes Interesse boten die Symptome von hämorrhagischer Diathese (häufiges Nasenbluten, blutiger Auswurf, hämorrhagische Nephritis, sanguinolente Pleuritis).

Zur Klärung der Aetiologie der Krankheit kann der Fall nichts beitragen. Die Culturversuche, die mit Oedemflüssigkeit, Blut, pleuritischem Erguss, und Muskelsaft vorgenommen wurden, fielen negativ aus. Die mikroskopische Untersuchung eines aus

dem M. gastrocnemius excidirten Stückes liess keine Bakterien erkennen. Man fand intakte Muskelbündel, zwischen den einzelnen Muskelfibrillen erkannte man zahlreiche rothe Blutkörperchen; Dilatation der Capillaren, wie Andere sie festgestellt hatten, war nicht nachzuweisen. N. hält an der allgemeinen Annahme fest, dass es sich um eine Infektionkrankheit handele, und dass die Erscheinungen hauptsächlich durch die Einwirkung im Blute gelöster Toxine hervorgerufen werde. Differentialdiagnostisch kommen im Beginne in Betracht: Thrombose der unteren Hohlvene und typhöse Myositis. Die Prognose ist zweifelhaft, jedenfalls aber ernst zu stellen, die Therapie ist eine rein symptomatische.

Herbert Beschorner (Dresden).

75. **Remarks on a case of congenital web between the vocal cords associated with coloboma of the left upper eyelid**; by Sir Felix Semon. (Brit. med. Journ. May 28. 1898.)

Ein 16jähr. Mädchen, das mit einem Colobom des linken oberen Augenlides zur Welt gekommen war, zeigte von Geburt an eine schwache, heisere Stimme und beim Schreien inspiratorischen Stridor. Der Stridor wurde etwa vom 7. Jahre ab besser, verschwand aber nie ganz und in den letzten Monaten war er wieder stärker. Die Lidspalte war im 3. Lebensjahre operativ hergestellt worden. Der sonst normale Kehlkopf zeigte in den vorderen $^3/_4$ den Glottisspalt durch eine durchscheinende, röthliche, dreieckige Membran verschlossen, die an den Seiten ohne deutliche Grenze in die Stimmbänder überging und nach hinten mit einem halbmondförmigen, dickeren, weissen Rande endigte. Zwischen diesem Rande und der Hinterwand war ein schmaler ovaler Spalt nur etwa $^1/_3$ so gross als die normale Glottis.

Solche angeborene Diaphragmen sind sehr selten. Es sind bisher 15 Fälle beschrieben. Dieser 16. Fall ist besonders interessant durch das gleichzeitig vorhandene Colobom der Lidspalte. Inzwischen hat Rosenberg (Handbuch d. Laryngol. I. p. 526) noch einen 17. Fall mit doppelter Membranbildung beschrieben. Die Entstehung der Membranen wird am besten verständlich durch die entwicklungsgeschichtlichen Beobachtungen von Roth, wonach die beiden Hälften, aus denen das Luftrohr entsteht, im oberen Abschnitte bis zur Höhe der Rima glottidis hinunter in der ersten Anlage verklebt sind. Löst sich nun diese Verklebung nicht vollständig, so entsteht ein Diaphragma, das die Glottis von vorn nach hinten mehr oder weniger verschliesst.

Was die Behandlung betrifft, so sind die mit der Thyreotomie erzielten Erfolge nicht sehr befriedigend. S. versuchte deshalb endolaryngeal mit dem gedeckten Messer die Membran vom Stimmbandrande abzulösen, was aber wegen der überraschenden Festigkeit der Membran nicht gelang. Er bohrte nun mit einem spitzen Galvanokauter nahe der vorderen Commissur, wobei sich die Membran als über 1 cm dick erwies. Da auf den Eingriff keine Reaktion folgte, wurde die Membran entlang dem Rande der Stimmbänder in kleinen Zwischenzeiten mit dem Spitzbrenner durchbohrt, wobei sich zeigte, dass sie nach hinten zu immer dünner wurde. Nach wiederholten Eingriffen schrumpfte die Membran immer mehr, so dass schliesslich nur im subglottischen Theile der vorderen Wand Reste mit der schneidenden Zange entfernt zu werden brauchten. Das Resultat der Behandlung war freie Athmung, eine laute, nur leicht verschleierte Stimme und bei der Spiegeluntersuchung eine leichte Unebenheit an der vorderen Wand. Rudolf Heymann (Leipzig).

76. **Pachydermia laryngis („Laryngitis desquamativa“)**; von Dr. Albert Rosenberg in Berlin. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXII. 6. 1898.)

Ein 65jähr. Musiker, der seit mehreren Jahren an Bronchektasie mit Husten litt, war seit einem Jahre heiser. Das linke Stimmband war roth, verdickt, der Rand etwas verbreitert und trug auf der vorderen Hälfte 2 erbsengrosse, schneeweisse, leicht höckerige, sich etwa 0.5 mm über die Umgebung erhebende Auflagerungen, die auf der oberen Fläche des Stimmbandes confluirten. Das Stimmband war frei beweglich. Die weissen Massen wurden mit der Zange abgetragen, sie bestanden aus Epithel, das in seinen oberen Lagen verhornt war. Nach einem Jahre derselbe Befund. Weiterhin stiessen sich die weissen Massen an einigen Stellen ab und traten an anderen neu auf.

Im Gegensatze zu v. Stein, der (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXI. 9. 1897) einen analogen Fall als Laryngitis desquamativa beschrieben hat, betont R., dass diese Fälle zur Pachydermia laryngis gehören.

Rudolf Heymann (Leipzig).

77. **Traitement opératoire endo-laryngé des polypes du larynx à propos de 14 cas opérés à la clinique**; par le Dr. H. Gaudier. (Echo méd. du Nord. II. 43. Oct. 23. 1898.)

Nach eingehender Besprechung der Vorbereitung des Kranken und der Instrumente, der Cocainanästhesie, der Abtragung des Tumor und der Nachbehandlung berichtet G. über 14 Kranke, denen er im letzten Jahre theils mit schneidenden Zangen, theils mit der Schlinge Polypen aus dem Kehlkopfe entfernt hat. Von den Tumoren waren 5 Papillome, 7 Fibrome, 1 ein Myxom und bei einem fehlt die genauere Angabe.

Rudolf Heymann (Leipzig).

78. **Ueber eine seltenere Indikation zu einem operativen Eingriff im Larynx**; von Dr. Hermann v. Schrötter. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 40. 1898.)

Ein 26jähr. Kr., der von Kindheit an wohl in Folge tuberkulöser Erkrankung der Bronchialdrüsen, eine linkseitige Recurrenslähmung hatte, litt seit mehreren Jahren an sich langsam steigernder Athemnoth, besonders bei Anstrengungen. Der Kehlkopfeingang war überlagert von einem von der linken aryepiglottischen Falte und der Gegend des linken Aryknorpels breitbasig ausgehenden, etwa haselnussgrossen Tumor, der bei ruhiger Athmung nur das vordere Drittel der Stimmbänder sehen liess. Die scheinbare Geschwulst wurde für eine in Folge der Lähmung entstandene Lageveränderung des Aryknorpels mit dem Santorini'schen Knorpel und der aryepiglottischen Falte mit durch den inspiratorischen Zug herbeigeführter Volumenzunahme der Theile angesehen und der vorspringende Theil mit der galvanokaustischen Schlinge

abgetragen. Das abgetragene Stück mit einer Basis von 1 cm im Durchmesser und 0.5 cm dick enthielt den von wulstiger Schleimhaut überzogenen, am oberen Ende knopfförmig verdickten Santorini'schen Knorpel. Die kleine Wunde heilte glatt. Die Athemnoth war durch die Operation sofort und dauernd gehoben.

Rudolf Heymann (Leipzig).

79. **Laryngologische Mittheilungen**; von Dr. Hermann v. Schrötter. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXII. 10. 1898.)

In dem vor der Düsseldorfer Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage bespricht von Schr. eine Reihe von seltenen Beobachtungen.

Eine 29jähr. Kr. aus Cilli mit den Erscheinungen stärkster Athemnoth, hatte in der Trachea einen knopfförmigen, wachsgelben, auf gerötheter Basis aufsitzenden Tumor und daneben eine die Trachea schief durchsetzende Narbe. Im Kehlkopfe hatte die Kr., bei der es sich um *Sklerom der Trachea* handelte, nur mässig prominirende subchordale Wülste. Narbe und Geschwulst wurden mit Quetscher und Pincette entfernt und dann mit *Schrötter'*schen Hartkautschukröhren nachbehandelt. Der Process in der Trachea kam zur Ausheilung, aber einige Monate später machte das Sklerom des Kehlkopfes, das zugenommen hatte, neue Behandlung nöthig.

Sodann bespricht v. Schr. einige Fälle von *Tuberkulomen* des Larynx, sowie *Tuberkulose des Pharynx und der Mundhöhle* bei gesundem Kehlkopfe.

Ein sehr seltenes Vorkommniss ist gangränöser *Zerfall des einen Stimmbandes im Anschlusse an ulceröse Stomatitis* unbekannter Ursache bei einem Fleischergesellen.

Pemphigus der Schleimhäute hält v. Schr. für nicht so selten, als gewöhnlich angenommen wird, da er in einem Jahre 5 Fälle gesehen hat; er meint, dass die Erscheinungen, wenn sie auf die Schleimhaut beschränkt sind, oft nicht richtig gedeutet werden.

Bei einem seit 20 J. an linkseitiger Recurrenslähmung leidenden Kr. waren der Aryknorpel und besonders der Santorini'sche Knorpel stark in den Kehlkopf hineingeneigt und durch den beständigen inspiratorischen Zug die Schleimhaut über den Knorpeln so stark gewulstet, dass sie ein beträchtliches Athemhinderniss darstellte und Abtragung der tumorartigen Masse mit der galvanokaustischen Schlinge nöthig wurde.

Ein sehr seltener Befund ist ferner eine *Amyloidgeschwulst* des Kehlkopfes, eine goldgelbe, leicht höckerige, harte, die Schleimhaut infiltrirende Geschwulst über dem linken Aryknorpel und der aryepiglottischen Falte bei einer sonst gesunden 57jähr. Frau.

Ein Unicum endlich ist eine doppelseitige *Aërocele ventricularis interna*, eine blasenförmige exspiratorische Aufblähung der Morgagni'schen Ventrikel, die den Kehlkopf verschloss und die Stimme stark veränderte, bei einem 8jähr. Jungen. Rudolf Heymann (Leipzig).

80. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Trachealtumoren**; von Dr. Hans Koschier. (Wien. med. Wchnschr. XLVIII. 35. 1898.)

Eine 40jähr., sonst stets gesunde Frau, die seit Juni 1897 an nach Erkältung aufgetretenen Schmerzen im Halse unterhalb des Kehlkopfes und zunehmender Kurzathmigkeit litt, kam im Januar 1898 in die Stoerk'sche Klinik. Schlingbeschwerden hatte die Kr. nie gehabt. Bei der Untersuchung zeigte sich die Kr. sehr abgemagert, bei irgend angestrengter Athmung Stridor und inspiratorische Einziehungen in den Supraclaviculargruben. Die Schilddrüse lag der Trachea fest an, war mit kleinen halbkugeligen Prominenzen versehen und etwas härter als normal. Bei der Laryngoskopie sah man unterhalb des rechten Stimmbandes 2 mit gerötheter Schleimhaut überzogene flache Wülste von der seitlichen Wand vorspringen, weiter unten sass an der hinteren Trachealwand ein Tumor, der das Tracheallumen bis auf einen schmalen Spalt ganz verlegte und eine glatte, mässig injicirte Oberfläche besass. Da der Oesophagus frei war, nie Schlingbeschwerden vorhanden waren und die Schilddrüse nur mässig vergrössert war, so handelte es sich am wahrscheinlichsten um einen primären Trachealtumor, und zwar wahrscheinlich um ein Carcinom. Kurze Zeit nach der Aufnahme machte die starke Athemnoth die tiefe Tracheotomie nothwendig. Der Tumor wurde dann mit einem von Stoerk eigens für den Zweck construirten, nach rückwärts gekehrten scharfen Löffel in 8 Sitzungen so weit entfernt, dass die Kr. mit verstopfter Kanüle gut athmen und, obschon mit Kanüle, Ende April das Spital verlassen konnte.

Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwulststücke zeigte, dass es sich um einen Tumor epithelialen Ursprungs mit partieller schleimiger Degeneration des seine Grundsubstanz bildenden Bindegewebes und theilweise der Tumorzellen selbst, also um ein Carcinoma cylindromatosum der Trachealschleimhaut, handelte. Rudolf Heymann (Leipzig).

81. **Zur Casuistik der Fremdkörper in der Trachea**; von Dr. Sorodecki. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXII. 5. 1898.)

Ein 15jähr. Mädchen, das vor 2 Wochen einen Knopf verschluckt hatte, wurde mit starker Dyspnöe, laryngealem Stridor in das Kischinewer Hospital gebracht. Laryngoskopisch sah man 1—1.5 cm unter den Stimmbändern einen dunklen Körper eingekeilt. Bei der sofort vorgenommenen Tracheotomie wurde der Fremdkörper nicht aufgefunden, aber 5 Tage später wurde er, ein Hornknopf von 12 mm Durchmesser, durch die Wunde ausgehustet. Rudolf Heymann (Leipzig).

82. **The use of creosoted oil for the expulsion of tracheal false membranes after tracheotomy; and of intranasal injections of oil in various affections**; by William Ewart. (Brit. med. Journ. May 28. 1898.)

E. empfiehlt für alle Fälle von Diphtherie der Trachea die möglichst zeitige Tracheotomie und neben der Injektion von Heilserum Einträufelungen von Kreosotöl (1 : 20). Solche Einträufelungen können von jeder Wärterin mit einer einfachen Tropfflasche vorgenommen werden. Je nach der Schwere des Falles werden alle 2—4 Stunden 15 Tropfen von dem Oel in die Trachea eingeträufelt. Es wird dadurch die Lösung und Entfernung der Membranen erleichtert und die Heilung der Schleimhaut befördert. 3 Krankengeschichten, von denen die eine allerdings einen äusserst leichten Fall betrifft, illustriren die Empfehlung.

Ferner empfiehlt E. Eingiessungen von medikamentösen Oelen in die Nase bei den verschiedensten Krankheiten. So verwendet er Eingiessungen von Carbolöl (1 : 60) in der Reconvalescenz der Diphtherie, um die noch lange bestehende Infektiosität zu bekämpfen, Eingiessung eines Gemisches von Menthol-, Thymol- und Eucalyptolöl bei der Trockenheit der Nase, bei den verschiedensten fieberhaften und anderen Allgemeinerkrankungen, bei der von ihm als Tachypnoea bezeichneten Form der Dyspnöe, bei verschiedenen Formen des Nasen- und Rachenkatarrhs, bei Bronchialkatarrhen, die

mit Nasen- und Rachenkatarrh verbunden sind, und bei den von der Nase ausgehenden Asthmaanfällen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

83. **Klinische und histologische Untersuchungen über einen Fall von Atrophia idiopathica**; von Dr. Colombini. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 2. p. 65. 1899.)

Eine 55jähr. Frau bemerkte nach einer starken Erkältung im Februar 1896 das plötzliche Auftreten rother Flecke zuerst an den Beinen, alsdann an den Armen, am Rumpfe, zuletzt auch an Händen und Füssen. Die Flecke breiteten sich aus, die Haut wurde dünner, trocken und runzelig. Es traten Kältegefühl, Jucken und rascher Kräfteverfall hinzu. Die Haut war im September 1896 welk und hing in grossen Falten herunter, die Epidermis war glänzend, rauh, feingefältelt wie zerknittertes Papier, dunkelroth, bläulich. Die Haare wurden dünner, kürzer und farblos. Die Haut war stellenweise papierdünn, das Unterhautzellengewebe beinahe vollständig geschwunden.

Die histologische Untersuchung ausgeschnittener Hautstücke ergab eine starke Verdünnung aller Schichten der Epidermis. In der Cutis zeigte sich eine Dilatation der Capillaren mit Ausbuchtungen und Einschnürungen; die Papillen waren so verkürzt und abgeplattet, dass die Linie, die die Epidermis von der Cutis trennt, kaum noch als geschlängelt erschien. In der Umgebung einzelner Capillaren fanden sich kleinere Ansammlungen von Blutbestandtheilen und Pigmentmassen, sowie kleinzellige Infiltration. Die Muskeln der Haut waren fast gänzlich verschwunden; Haarfollikel und Talgdrüsen ebenfalls atrophisch. Die Knäueldrüsen hatten das Aussehen fötaler Drüsen, flache Glomeruli und geradlinige Ausführunggänge. Die elastischen Fasern waren nur spärlich vertreten, zum grössten Theil geschwunden, zum Theil in steife mumificirte Stränge umgewandelt.

Der Fall stimmt am meisten mit dem von Kaposi als „Atrophia idiopathica“ beschriebenen überein.

Wermann (Dresden).

84. **Ein Fall von Favus am Penis**; von Dr. L. Glück. Mit 1 Tafel. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVII. 3. p. 339. 1899.)

Gl. hat unter 200 Favuskranken, die er innerhalb 4 Jahren in Sarajevo behandelt hat, kaum 3mal Favus des Stammes, bez. der Glieder und 5mal Onychomycosis favosa gesehen. Einzig steht ein Fall von Favus am Penis da, ohne gleichzeitige Erkrankung der Kopfhaut, der einen 33jähr. Viehhirten betraf.

Auf der Seitenfläche des Gliedes, der oberen Fläche des äusseren und inneren Vorhautblattes, im Sulcus coronarius und auf der Corona glandis fanden sich, die Harnröhrenmündung kreisförmig umschliessend, theils isolirte, theils zusammenhängende, dicke, trockene Borken, deren über das Niveau erhabener Rand schwefelgelb und deren tellerartig gedelltes Centrum schmutzigbraun gefärbt erschien. Nach Ablösung der Borken trat eine ganz oberflächliche, sehr wenig secernirende Erosion zu Tage. Die mikroskopische Untersuchung ergab nahezu eine Reincultur des Achorionpilzes.

Der Fall stellt sich einem seiner Zeit von Pick beschriebenen ähnlichen zur Seite und zeigt wiederum, dass die Favusentwickelung nicht ausschliesslich an die behaarte Haut gebunden ist.

Wermann (Dresden).

85. **Ueber Hautsarkomatose**; von Dr. M. Joseph. Mit 1 Tafel. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVI. 2. p. 177. 1898.)

Ein 32jähr. Buchbinder von schwächlichem Körperbau bemerkte im August 1897 das Auftreten von derben, stecknadelkopf- bis 1.8 cm grossen Knoten auf der Haut des Unterleibes, in Gesicht und Nacken. Sie waren mit der Haut verschieblich, an der Oberfläche röthlichblau verfärbt. Anfang October fanden sich etwa 100 Geschwülste über die ganze Haut vertheilt vor. Die Tumoren hatten sich gänzlich schmerzlos entwickelt. Ende November klagte der Kr. über Beschwerden im Unterleibe und in der Blase. Urin normal, ebenso der Blutbefund, keine Milz- und Lymphdrüsenschwellung. Es traten im weiteren Verlaufe Oedeme der Unterschenkel auf. Der Kr. wurde schwach und elend und starb am 11. Jan. 1898. Die *Sektion* ergab im Netz viele hirsekornbis linsengrosse, harte, graue Knötchen. Die Mesenterialdrüsen waren hart, weiss, bis kirschgross geschwollen. Im Oesophagus einige bohnengrosse, weisse Knoten, ein Knoten im Zungengrunde, einzelne in der Darmschleimhaut.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte keine abgegrenzte Anhäufung fremder Zellen, sondern eine Zelleninfiltration der Cutisspalten bis in das Fettgewebe hinein. In der Umgebung der Follikel, Gefässe und Knäueldrüsen war die Zelleninfiltration erheblich dicker. Die Infiltrationzellen schoben sich ganz allmählich in die Lymphspalten des Bindegewebes hinein und wurden auf dem Wege der Lymphbahnen weiter transportirt; die Cutis reagirte mit Bindegewebeneubildung; es trat ferner eine hyaline Degeneration der Bindegewebefasern ein und eine mucinöse Degeneration der Infiltrationzellen. Vielleicht kam es in Folge dessen nicht zur Bildung eines echten Tumor. Die elastischen Fasern waren erhalten; Mastzellen waren spärlich, aber doch deutlich vorhanden. Die Mucosa und Submucosa des Magens zeigte ebenfalls zahlreiche Tumorzellen in die Spalten des normalen Gewebes eingelagert; das Bindegewebe war hyperplastisch.

Klinisch war das beschränkte Wachsthum der Tumoren von Interesse, Rückbildungprocesse waren nicht zu bemerken.

Der Fall ist unter die „sarkoiden Geschwülste“ zu zählen und von den echten Sarkomen abzutrennen. Vielleicht ist der primäre Krankheitherd im Magen zu suchen, von dem aus die Ueberschwemmung des Körpers sekundär erfolgte.

Wermann (Dresden).

86. **Die Behandlung der Inguinalbubonen nach Erfahrungen im Hamburger Freimaurerkrankenhaus**; von W. Camerer. (Inaug.-Diss. Strassburg i. E. 1898. Buchdr. von C. u. J. Göller. 8. 31 S.)

Seit 1887 wurden 79 Kr. behandelt, 42mal wurde die Totalexstirpation, 18mal breite Incision mit nachfolgender Ausräumung vorgenommen. In einem Falle trat nach Verletzung der Schenkelvene Pyämie und Tod ein. Dreimal wurde die Vena saphena unterbunden und resecirt. Der Durchschnitt der Behandlung betrug 41 Tage, die kürzeste Zeit waren 16, die längste 120 Tage. 6mal wurde nach Anlegung der Naht Heilung per primam erreicht. Bei 19 in der letzten Zeit Behandelten wurde nach Lang incidirt und Injektionen mit Argent. nitr. gemacht; in 14 Fällen trat völlige Heilung in 7—58 Tagen, durchschnittlich in 17 Tagen, ein. Die Injektionen wurden jeden zweiten Tag vorgenommen und ihre Zahl war 1 in 3 Fällen, 2 in 6 Fällen, 3 und 4 in je 2 Fällen und in 1 Falle mehr als 4. 5 Kr. wurden ohne Erfolg nach Lang behandelt, 3mal wurde die Radikaloperation, 2mal eine grössere Incision und Auskratzung angeschlossen.

Als bestes Verfahren ergab sich bei harten Bubonen mit Fieber Eisbehandlung, Hydrargyrum, Compression durch Schrotbeutel. Bei Hartbleiben des Bubo Totalexstirpation. Zeigt der Bubo Neigung zur Erweichung: Anwendung von Kataplasmen 3—9 Tage lang. Bei Vorhandensein einer einzigen Eiterhöhle: Lang'sches Verfahren; bei vielfacher Abscessbildung: Totalexstirpation. Die breite Incision mit nachfolgender Auskratzung kommt nur ausnahmeweise und nur als sekundäre Operation in Anwendung, wenn das Lang'sche Verfahren im Stich lässt oder eine fistulöse Eiterung eintritt, ohne dass noch grössere feste Drüsenreste vorhanden sind. Wermann (Dresden).

87. **Chancres mous des doigts**; par L. Sibut. (Ann. de Dermatol. et de Syph. IX. 4. p. 376. 1898.)

Ein 16jähr. Mädchen mit multiplem Schanker der Genitalien inficirte sich am linken Zeigefinger in einer Kratzwunde. Es entstand ein kleiner Knoten, der juckte und aufgekratzt wurde, eine Excoriation, ein Geschwür. Dieses ging mehr und mehr in die Tiefe und führte zu einer lebhaften Entzündung des Fingers; nach 8 Tagen trat jedoch von selbst Heilung ein. Eine Woche später bildete sich ein zweites Geschwür auf dem rechten Mittelfinger. Keinerlei Lymphangitis oder Oedem auf dem Handrücken, hingegen eine grosse empfindliche Drüse in der rechten Achselhöhle.

Der dem Geschwür entnommene Eiter enthielt den Ducrey'schen Bacillus. Wermann (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

88. **Die Behandlung des „weissen Flusses" mit Hefeculturen — eine lokal-antagonistische Bakteriotherapie**; von Dr. Theodor Landau. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 11. 1899.)

L. behandelte 40 Frauen mit „weissem Fluss" mit Hefe; in der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um chronische Gonorrhöe oder solche chronische Katarrhe, die zwar durch Anamnese und Verlauf als gonorrhoische gekennzeichnet waren, durch die bakteriologische, bez. mikroskopische Untersuchung aber als solche nicht erwiesen waren. L. ist mit den Erfolgen seiner Behandlung im Grossen und Ganzen recht zufrieden; er theilt mit, dass in mehr als der Hälfte der Fälle unter der Behandlung jede makroskopisch nachweisbare Spur des Ausflusses verschwand.

Nach Entfaltung des Vaginalrohres durch Platte und Rinne wurden mittels einer Spritze ca. 10 bis 20 ccm dickflüssige Hefe in den Scheidengrund eingespritzt und ein Wattetampon vorgelegt. Der Tampon wurde nach 24 Stunden entfernt, Scheidenausspülungen unterblieben.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

89. **Meine Methode der Therapie der entzündlichen Zustände des Uterus und seiner Adnexa**; von Prof. J. Grammatikati in Tomsk (Sibirien). (Monatsh. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 2. p. 171. 1898.)

Gr. empfiehlt intrauterine Injektionen mit einer 5proc. Alumnollösung (Alumnoli 2.5, T. jodi, Spir. vin rectificatiss. ana 25.0); diese Injektionen werden täglich, ohne Rücksicht auf erhöhte Temperatur, akute Symptome und Uterinblutungen gemacht. Gr. benutzt hierzu eine *Braun*'sche Spritze, die mit Asbestkolben versehen ist und 2 ccm aufnimmt.

In frischen akuten Fällen genügten zur Erzielung guter Resultate 15—20 Injektionen; „die Temperatur fällt im Laufe weniger Tage schnell, die Schmerzen schwinden, die Exsudate werden schnell resorbirt und die Erscheinungen der Endometritis reduciren sich in kurzer Zeit auf ein Minimum." Gr. beobachtete bei dieser Behandlung ein Aufhören der menstrualen Blutungen („temporäres Klimakterium"); nach beendeter Kur trat die erste Menstruation erst nach einem, häufig sogar erst nach 2 Monaten auf. Besonders gute Resultate ergaben Fälle gonorrhoischen Ursprungs. In chronischen Fällen darf die Zahl der täglich einmal zu machenden Einspritzungen nach Gr. nicht weniger als 40 betragen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

90. **Traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc**; par Pierre Delbet. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 13. Janv. 1899.)

D. berichtet über 69 Frauen, die er mit Chlorzink behandelt hat. Er wendet Einspritzungen von 1—2 ccm einer 20—30proc. Lösung an und giebt 5 Minuten vorher, um die eintretenden Schmerzen zu mässigen, eine Einspritzung von 1—2 ccm einer 5proc. Cocainlösung. Er bedient sich der *Braun*'schen oder *Colin*'schen Spritze mit dünner Kanüle und macht ausser bei starker Verengerung des Halskanals keine vorherige Erweiterung. Am besten waren die Erfolge bei hämorrhagischer Metritis. Von 26 Frauen entzogen sich 2 der Kur, nur eine von den übrigen blieb ungeheilt; auch die Ausschabung war bei ihr erfolglos, so dass die Gebärmutter entfernt werden musste. Dagegen wurde bei 6 Frauen mit gleichzeitiger Erkrankung der Anhänge nur 2mal Heilung erzielt. Unter 15 Frauen mit glandulärer Metritis (D. versteht darunter Metritis mit Leukorrhöe) wurden 8 völlig geheilt, 5 gebessert. In 6 Fällen mit gleichzeitiger Erkrankung der Anhänge blieb 4mal der Erfolg aus. Bei gemischter Metritis ohne Erkrankung der Anhänge (3 Fälle) wurden 2 Frauen geheilt, 1 gebessert; bei gleichzeitiger Erkrankung der Anhänge (2 Fälle) war der Erfolg unbedeutend. D. hebt auch die günstigen Erfolge bei parenchymatöser Metritis und der Schleimhauterkrankungen des Gebärmutterhalses hervor. J. Praeger (Chemnitz).

91. **Ueber die Behandlung chronischer Affektionen der weiblichen Beckenorgane, speciell der chronisch entzündlichen, mittels Schrotbelastung**; von A. Funke in Strassburg. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 263. 1898.)

Die Technik der von Freund in Analogie zur Anwendung des Schrotbeutels in der Chirurgie auch in die Gynäkologie eingeführten Schrotbelastung ist folgende: Ein runder Mutterspiegel wird, mit einem Condom überzogen, in die Vagina eingeführt, der Condom durch den Mutterspiegel mit Schrot Nr. 3 angefüllt, der Mutterspiegel entfernt; der Schrotbeutel bleibt 2—10—16 Stunden liegen und wird dann durch Zug entfernt. Bei Nulliparen wurden auf diese Weise bequem 500 g Schrot in die Vagina eingeführt, in die Vagina Mehrgebärender oder Schwangerer dagegen 750 bis 1000 g.

Die Wirkung des Schrotbeutels ist eine direkte und eine indirekte, die erstere äussert sich in Zug (Dehnung) und Druck (Compression), die letztere durch Veränderung der Blut- und Lymphcirkulation als Resorption. Liegen die zu comprimirenden Partien höher, reichen sie bis in das grosse Becken, so empfiehlt sich neben der vaginalen Schrotausfüllung die Anwendung eines äusseren Gegendruckes durch Auflegen eines äusseren Schrotbeutels im Gewicht von 1—2 kg.

F. stellt tabellarisch 66 „Schrotkuren" zusammen. Die Indikation gaben ab: Dehnung perimetritischer Stränge 18mal, Resorption von Tumoren und Exsudaten 25mal, Retroversionen 16mal, Schmerzen, bez. Coitusbeschwerden 13mal, Lageveränderungen 2mal, Dehnung der Scheide 1mal. Oft bestanden mehrere dieser Leiden.

F. hat gefunden, dass die Schrotbehandlung in vielen Fällen rascher und sicherer zum Ziele geführt hat, wie die bisher bekannten Methoden. „Exsudate werden zwischen 2 Schrotbeuteln oder zwischen Schrotbeutel und Kreuzbein ausgedrückt wie ein nasser Schwamm."

Verboten ist der Schrotbeutel bei akuten Erkrankungen und, wenn nach der Belastung heftige Schmerzen oder Fieber auftreten. In diesen Fällen handelte es sich meist um kleine Eiteransammlungen, die dann zur Ausbreitung gereizt wurden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

92. **Nachträgliches zur Diskussion über Atmokausis auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung**; von L. Pincus in Danzig. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 3. p. 363. 1899.)

In seinen Ausführungen kritisirt P. die bei der Naturforscherversammlung zu Düsseldorf vorgebrachten Einwendungen gegen die Methode der Vaporisation, sowie die daselbst angezeigten Abänderungen des Apparats. Den aus Treub's Klinik berichteten Todesfall sieht er als einen Unglücksfall, nicht als Misserfolg der Methode an. Seine Methode, die er bekanntlich als Atmokausis (der Dampf kommt mit der Gebärmutterschleimhaut frei in Berührung) und Zestokausis (der Dampf erhitzt ein in die Gebärmutterhöhle eingeführtes hohles, nicht gefenstertes Instrument so, dass eine ätzende Contaktwirkung eintritt) bezeichnet, ist in der Hauptsache folgende: Operation möglichst ohne Narkose, nach ausgiebiger Erweiterung des Halskanals (Bösartigkeit eventuell durch Probeausschabung vorher ausgeschlossen). Bei weiter Gebärmutterhöhle (Mehrgebärende, Myom) und zur Verödung der Höhle ist nur die Atmokausis zu verwenden, sonst die Zestokausis; diese auch zur Behandlung einzelner Stellen der Wand und der Schleimhaut des Halskanals. Das Instrument muss in der Gebärmutterhöhle ein wenig hin und her bewegt werden, bis eine feste Zusammenziehung eintritt. Je stärker diese wird, um so mehr kürze man die Operation ab, ebenso bei Verstopfung des Ableitungsrohres mit Gerinnseln. Man lasse besonders bei jüngeren Frauen und vor Allem nach Aborten und im Wochenbette den Dampf möglichst kurze Zeit (5—15 Sekunden bei 105—110°) einwirken. Oberflächliche Schorfe stossen sich schon nach wenigen Tagen ab, tiefere (bei absichtlicher Obliteration) vor und nach dem 9. Tage. Wenn keine Obliteration beabsichtigt wird, darf das Verfahren erst nach völliger Neubildung der Schleimhaut wiederholt werden, am besten nach der nächsten Menstruation. Im Allgemeinen empfiehlt sich Bettruhe bis zur Schorflösung.

J. Praeger (Chemnitz).

93. **Nature et traitement de la rétroversion utérine**; par L. G. Richelot. (Ann. de Gynécol. L. p. 325. Nov. 1898.)

R. behauptet, dass es für die Retroversion der Gebärmutter eben so wohl wie für den Vorfall eine Prädisposition giebt, bestehend in einer gewissen Ernährungstörung, einer Erschlaffung der fibrösen Gewebe, einem Zustande, den französische Autoren als „arthritisme" bezeichnen. Migräne, Ekzem, Gelenkschmerzen, neuralgische Druckpunkte, Varicen, Verstopfung, Magenschmerzen, Neurasthenie, Brüche, Nierensenkungen sind Theilerscheinungen der Allgemeinerkrankung. Dabei ist die Gebärmutter gewöhnlich angeschwollen und schmerzhaft; später wird sie sklerotisch. Die Eierstöcke sind oft sklerocystisch entartet. Kommt dann eine Infektion hinzu, so entsteht eine Fixation der Gebärmutter. In nicht zu alten Fällen von nicht fixirter Rückwärtslagerung empfiehlt R., obwohl er sie nur als Theilerscheinung einer Allgemeinerkrankung ansieht, in erster Linie die Correktion der Lage und die Erhaltung in guter Stellung. Hierfür kommen in Betracht a) Ringe und Leibbinden (R. behauptet, dass keineswegs die Mehrzahl der Frauen sich mit Ringen behandeln liesse), b) Massage, von der R. besonders bei angeschwollener Gebärmutter gute Erfolge gesehen hat, c) die An-

nähung der Gebärmutter. Von der Alexander-Operation und der Verkürzung der Lig. sacrout. hält R. nichts, dagegen waren seine Erfolge bei der Ventrofixation gut (zwei Schwangerschaften, eine mit normalem Verlaufe, eine mit Frühgeburt im 6. Monate bei einer Eklamptischen). Die Fäden sind durch die Vorderfläche der Gebärmutter unterhalb der Eileitermündungen zu legen. Im letzten Jahre hat R. 9mal die Vaginofixation gemacht (Quer- und Längsschnitt der vorderen Scheidenwand, Eröffnung der vorderen Bauchfellfalte, Gebärmutter nicht vorgezogen, 3 Catgutnähte durch vordere Gebärmutterwand und Scheide mit Freilassung des Gebärmuttergrundes). Die Erfolge waren gute, über Dauererfolge lässt sich noch nicht reden. J. Praeger (Chemnitz).

94. **Die Retrodeviationen des Uterus und ihre operative Behandlung durch Verkürzung und Fixation der Ligamenta rotunda**; von Dr. J. Schulz. (Beitr. z. klin. Chir. XXIII. 3. p. 517. 1899.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die Pathogenese und Symptomatologie der *Retrodeviationen des Uterus* bespricht Sch. die zur Beseitigung dieser Verlagerungen erdachten *Operationen.* Die älteste Operation ist die von Alquié angegebene, dann namentlich von Alexander und Adams befürwortete Methode, die *Ligg. rotunda an der vorderen Oeffnung des Leistenkanals aufzusuchen, hervorzuziehen und nach Verkürzung vor der Bauchwand zu befestigen.* Schon schienen vor einem Jahrzehnt nach wenigen Misserfolgen die Akten über diese Operation geschlossen, als in neuerer Zeit mit wesentlicher Vervollkommnung der Ausführung das Interesse für sie von Neuem wachgerufen wurde. Zu den ersten, die trotz Warnung und Ablehnung der meisten Gynäkologen den verlassenen Weg wieder betraten, gehört Kümmell, der die Operation in 80 Fällen von *Retroflexio uteri* ausgeführt hat. Sch. theilt die Krankengeschichten von 54 dieser Operirten mit, die sich zur Nachuntersuchung wieder einfanden oder einen glaubwürdigen Bericht sandten.

Mit Ausnahme eines einzigen Falles war der Erfolg der Operation ganz ausgezeichnet; wie bei der Entlassung fand sich auch bei der Wiedervorstellung der Kranken der Uterus in auffallend gut beweglicher Anteversio-flexio. Dieser Normallage entsprach auch das gute Befinden der operirten Frauen. 7 Kr. hatten nach der Operation spontan und ohne jegliche Störung geboren; 9 Kr. stellten sich als schwanger vor. Der Lagebefund des Uterus nach der voraufgegangenen Geburt zeigte keine Abweichung von dem Entlassungsbefunde. Von den 80 Operationen endete keine tödtlich.

Die *Verkürzung und Fixation der Ligg. uteri rotunda* ist bei mobilen Retroflexionen geradezu eine Idealmethode, da sie in der vollkommensten Weise die Grundbedingungen des Eingriffes erfüllt: Schaffung eines der physiologischen Lage nahe kommenden Zustandes bei fast absoluter Gefahrlosigkeit und grösster Garantie des Dauererfolges. Bei complicirenden Prolapsen ist sie eine nicht zu unterschätzende Hülfsoperation.

P. Wagner (Leipzig).

95. **Beiträge zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri, mit besonderer Berücksichtigung der Alexander'schen Operation**; von Dr. F. Rumpf in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 2. p. 424. 1898.)

Die Alexander'sche Operation wurde vom März 1893 an 75mal vorgenommen. Die ersten 16 Frauen wurden genau nach Kocher operirt, d. h. die Incisionen wurden seitlich zur Höhe der Spina ant. sup. oss. ilei hinaufgeführt und die hervorgezogenen Ligamente nach aussen umgelegt und diesen Punkten gegenüber auf die Aponeurose des Musc. obl. ext. aufgenäht. In den späteren Fällen wurde der hierdurch bewirkte Richtungwechsel im Verlaufe der runden Bänder vermieden, diese wurden vielmehr ihrem natürlichen Verlaufe entsprechend in der Richtung zur Symphyse herabgezogen und dort fixirt. Die Operation vollzog sich nunmehr in 3 Akten: 1) Bogenschnitt durch Haut, Fett und (verschiebliche) Fascia superfic. behufs lateraler Freilegung der Aponeurose des M. obl. ext. beiderseits und weiterhin auch des Leistenrings durch stumpfen Zug gegen die Symphyse zu. 2) Spaltung der Aponeurose, parallel dem Poupart'schen Bande zur Freilegung des Leistenkanals; centrales Aufheben seines Inhaltes und Umkippen desselben nach der Mitte zu behufs Isolirung des Bandes; Vorziehen dieses unter ständigem Nachfassen und Abschieben des Proc. perit., bis der Widerstand der Tubenecke sich bemerkbar macht. 3) Annähung des Musc. obl. int. an die hintere Wand des Lig. Poup. mit Catgut-Knopfnähten, von denen die median liegenden das Lig. rotund. mitfassen. Weitere Fixirung des Bandes auf der Aponeurose, nahe der Symphyse, mit zwei eben solchen Nähten; fortlaufende Seidennaht der Haut.

Die Verkürzung des Lig. rot. ist angezeigt bei beweglicher Retroflexio, wenn die Pessarbehandlung sich als unmöglich oder als unzulänglich erweist. Ferner kann sie die Behandlung eines Descensus oder Prolaps der Vagina wesentlich unterstützen. Handelt es sich um eine fixirte Retroflexio, so werden nach Eröffnung der Bauchhöhle und Lösung des Uterus die Ligamente verkürzt, indem beiderseits ein Faden an den Enden des Ligamentes (nahe dem Uterus und dem Leistenringe) durchgestochen und geknüpft wird. Soll eine Elevation des Uterus bewirkt werden, so sind daneben noch in ähnlicher Weise die Douglas'schen Bänder zu verkürzen. Brosin (Dresden).

96. **Ueber operative Behandlung der Retroflexio uteri fixata**; von Dr. Ernst Grisstede. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 662. 1899.)

Die Operation wurde 45mal ausgeführt, und zwar durch Fixirung des Fundus nach Leopold; von einer Vaginofixation wurde aus allgemeinen Gründen abgesehen. Nur 15mal kam die Retroflexio uteri fixata allein zur Operation, in den anderen Fällen machten sich zugleich Entfernung der Adnexe, von Ovarientumoren oder andere Eingriffe nothwendig. Der Uterus blieb zunächst stets in der richtigen Lage. Von 19 nachuntersuchten Frauen waren die Beschwerden vermehrt in einem Falle, vermindert in 5, verschwunden in 13 Fällen.

Brosin (Dresden).

97. **Ueber Aussackungen, Rückwärtsneigungen und Knickungen der schwangeren Gebärmutter mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Retroflexio uteri gravidi partialis**; von A. Dührssen in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 1. p. 70. 1898.)

Die Retroflexio uteri gravidi partialis kann auf verschiedene Weise entstehen. Am häufigsten geht sie aus einer Retroflexio des nicht graviden Uterus hervor. Bei anteflektirtem Uterus kann sie durch Uterus bicornis, durch Tumoren, durch den vorliegenden Kindestheil oder stärkere Entwickelung des hinteren unteren Uterinsegments, durch perimetritische Verwachsungen der hinteren Corpuswand, durch unzweckmässige Vagino- oder Ventrofixation bedingt sein. In ähnlicher Weise kommen bei schwangerem anteflektirten Uterus Aussackungen der vorderen oder seitlichen Uteruswand vor. Ebenso wie perimetritische Auflagerungen können auch Schrumpfungsprocesse des Beckenbauchfells eine Retroflexio uteri grav. part. erzeugen. Liegt ein schwangerer Uterus in Retroflexion eingeklemmt, weil Verwachsungen seine Aufrichtung verhinderten, so ist anzunehmen, dass diese Adhäsionen schon früher bestanden haben, die Einklemmung selbst erzeugt keine Entzündung des Uterus oder seines Ueberzugs, sondern eine solche der Blase. Für die Cystitis und ihren Ausgang in Blasengangrän ist einmal die Urinretention, dann aber auch der Druck des Uterus selbst verantwortlich zu machen. Nach einer mehrtägigen Retention ist deshalb nicht nur die Entleerung der Blase vorzunehmen, sondern auch sofort jeder Druck auf die Blase Seitens des Uterus zu beseitigen, zumal wenn der Urin die beginnende Blasengangrän erkennen lässt. Die Harnstauung mit ihren Folgen (Gangrän oder Blasenruptur) ist die häufigste Todesursache bei Einklemmung des graviden Uterus.

Von der totalen oder partialen Retroflexio des schwangeren Uterus ist die *Retroversio* zu unterscheiden. Im 1. und 2. Grade treten die Störungen der Blase bald zu Tage, es kann eine Selbstaufrichtung eintreten oder eine erforderlich werdende künstliche Aufrichtung führt leicht zum Ziele. Schwieriger sind die Fälle 3. Grades. Da bei ihnen der untere Theil des Uterus frei in die Bauchhöhle hineinwachsen kann, vorausgesetzt, dass die vordere Scheidenwand genügend nachgiebig ist, so treten Incarcerationerscheinungen oft erst in der 2. Hälfte der Schwangerschaft auf, eine Selbstaufrichtung ist ausgeschlossen, der Katheterismus stösst der Zweitheilung der Blase wegen auf grosse Schwierigkeiten und die Mortalität ist in diesen Fällen eine bedeutende.

Das erste Erforderniss bei Behandlung der Retroflexio und Retroversio uteri gravidi ist die Entleerung der Blase. Dann folgt in der Regel die manuelle Reposition. Deuten Fieber, schwärzlicher, zersetzter Urin und peritonitische Erscheinungen auf Blasengangrän hin, so ist jeglicher Repositionversuch, ja sogar eine gründliche Narkoseuntersuchung zu unterlassen. Misslingt in solchen Fällen der Katheterismus, so ist sofort die Eiblase zu punktiren. Unter Umständen kann eine breite Incision der Blase vom Vaginalgewölbe her gerathen sein. Die Laparotomie ist wohl stets zu vermeiden, bei Blasengangrän sogar direkt verboten. In seltenen Fällen kommt der vaginale Kaiserschnitt in Frage. Brosin (Dresden).

98. **A retrospect of a first series of one hundred and ten abdominal section for pelvo-abdominal disease**; by F. W. N. Haultain, Edinburgh. (Edinb. med. Journ. N. S. V. 2. p. 105. Febr. 1899.)

Im Ganzen berichtet H. über 110 Bauchoperationen mit 2 Todesfällen.

Die 35 *Ovariotomien* wurden an Frauen vom 21. bis zum 81. Jahre ausgeführt. Die älteste genas trotz der sehr schwierigen Ausschälung der intraligamentären grossen Geschwulst. Die schwerste Eierstocksgeschwulst wog 75¼ Pfund, die Pat. selbst nach ihrer Genesung nur 1 Pfund mehr. Interessant war 1 Fall von intraligamentär entwickelter Cyste bei rudimentärer Gebärmutter und fehlenden Eileitern. 3mal handelte es sich um feste Eierstocksgeschwülste (1mal Fibrom, 1mal starke chronische Entzündung, 1mal eine zellenreiche Geschwulst, die H. nach Bland Sutton als Oophoroma bezeichnet). In den beiden ersteren Fällen war Ascites vorhanden.

2mal wurden cystisch entartete *Myome* entfernt (gestielt, subserös), 1mal ein interstitielles Myom. Die Stiele wurden intraperitonäal behandelt.

5mal wurde wegen Ruptur, bez. tubarem Abort bei *Eileiterschwangerschaft* operirt. 1mal war die Operation durch dichte Schwielen in Folge früherer Blinddarmentzündung erschwert. Die Kr. hinkte seit letzterer Erkrankung, verlor dieses aber nach der Operation. *Ventrofixation* wurde 2mal wegen Rückwärtsknickung, 3mal wegen Vorfalls vorgenommen. In 2 der letzteren 3 Fälle musste später eine Kolporrhaphie gemacht werden. Die eine *Porro-Operation* wurde in einem Bauernhaus unter ungünstigen äusseren Verhältnissen an einer Zwergin ausgeführt mit glücklichem Erfolg für

Mutter und Kind. Auch 3 Fälle von hohem Blasenschnitt hat H. hier mit aufgeführt, sämmtlich wegen Papillom. Die übrigen Operationen betreffen gemischte Geschwülste (2 Fälle), Probeeinschnitte (10 mit einem Todesfall nach Versuch, ein cervikales Myom auf diesem Wege zu entfernen) und Entfernung der Anhänge (41 mit einem Todesfall). Unter den letzteren waren 11 einfache Eileitererkrankungen (Hämato-, Hydro-, Pyosalpinx und 1 Fall von Tuberkulose), 15mal handelte es sich um entzündlich veränderte, verwachsene Anhänge, 8mal um erkrankte Eierstöcke, 4mal um Fibromyome; 2mal wurden die Eierstöcke wegen Dysmenorrhöe und 1mal wegen einer monatlich wiederkehrenden Wahnidee (ohne Erfolg!) entfernt. Erwähnenswerth ist, dass H. nach einer Ovariotomie am 23. Tage die Bauchhöhle wieder öffnete wegen Schmerzen und Schwellung und eine zurückgelassene Klemme entfernte. Die Frau genas.

J. Praeger (Chemnitz).

99. **The term „conservative surgery“ as it has been proposed to apply it to the uterus and its appendages**; by Lawson Tait. (New York med. Record LV. 14. p. 486. April 1899.)

In diesem wesentlich polemischen Aufsatze tritt T. für die radikalen Eingriffe gegenüber den früher üblichen abwartenden Verfahren und den neueren als conservativ bezeichneten Bestrebungen, Theile erkrankter Eierstöcke und Eileiter zu erhalten, ein, indem er auf Grund seiner grossen Erfahrung behauptet, dass die Abnahme, bez. das Verschwinden des Geschlechtstriebes, durchaus nicht, wie zahlreiche Autoren angegeben haben, in der Mehrzahl der Fälle nach Entfernung der Eierstöcke allein oder der Eierstöcke und der Gebärmutter die Regel sei, sondern, dass dies bei höchstens 5% vorkomme, während die übrigen Frauen, die zum grössten Theile während der Erkrankung den Geschlechtstrieb verloren hatten, ihn nach der Operation wiederbekommen. Zum Beweis dafür, dass weder Eierstock und Eileiter, noch die Gebärmutter mit der Empfindung des Geschlechtstriebes etwas zu thun haben, führt T. den Fall von 2 Schwestern mit völligem Mangel von Gebärmutter und Eierstock an (bei einer durch Bauchoperation nachgewiesen), die sich durch ausserordentlich erotische Neigungen auszeichneten. In einer Anzahl von Fällen von Castration im frühen Lebensalter hat T. später noch die Gebärmutter weggenommen.

J. Praeger (Chemnitz).

100. **Die Folgezustände nach Castration und die sekundären Geschlechtscharaktere**; von Dr. Ernst Alterthum in Freiburg i. B. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 13. 1899.)

A.'s Ausführungen stützen sich auf ein Material von 107 Operirten; darunter 57 Castrationen und Salpingotomien, 26 doppelseitige Ovariotomien und 24 supravaginale Uterusamputationen mit Wegnahme beider Eierstöcke.

Die Menopause trat in sämmtlichen Fällen von supravaginaler Amputation des Uterus ein, in denen beide Eierstöcke mit entfernt waren.

Von 182 Castrationen und doppelseitigen Ovariotomien trat die Menopause ein in 148 Fällen = 81.3%, und zwar sofort nach der Operation 101mal = 55.5%, erst später 47mal = 25.8%. Die Menopause war zur Zeit der Untersuchung noch nicht eingetreten in 34 Fällen = 18.7%.

Molimina menstrualia fanden sich nur selten; dagegen fehlten fast nie die nervösen Erscheinungen, die sogenannten „Ausfallserscheinungen“. Es sind dies Wallungen, heisse Uebergiessungen, häufig mit Schweissausbruch verbunden, Schwindel, Flimmern vor den Augen und Ohrensausen. Diese Symptome traten viel seltener nach supravaginalen Amputationen, als nach Castrationen und nach Ovariotomien auf.

In den meisten Fällen von supravaginaler Uterusamputation war keine Aenderung der Gemüthstimmung zu beobachten. Unter 111 Fällen von Castrationen und Ovariotomien war eine Veränderung der Gemüthstimmung 64mal, keine Veränderung 47mal aufgetreten. Die Aenderung zeigte sich so, dass 45mal die Stimmung heiter und froh, 8mal erregt und gereizt, 7mal gedrückt und traurig wurde.

Bei 35 Fällen von Castration zeigte sich in 68.4% eine Herabsetzung oder ein Erlöschen des Geschlechtstriebes, des Wollustgefühls in 68.6%. Eine Veränderung der Stimme nach der Castration wurde niemals beobachtet; eben so wenig eine Schrumpfung der Brüste. Bezüglich des Einflusses der Castration auf die Schrumpfung der Uterusfibrome bestätigt A. die Befunde Wiedow's, der in 97% seiner Fälle eine Verkleinerung der Geschwulst constatirte.

A. kommt zu dem Schlusse, „dass wir keinen Grund haben, bei der Myomotomie und eben so wenig auch bei Salpingotomien die Ovarien zurückzulassen, zumal die vollständige Entfernung der Keimdrüsen durchaus nicht die schädlichen Folgen auf das geistige und körperliche Befinden der Frau ausübt, wie man vielfach angenommen hat.“

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

101. **Ueber Frühdiagnose der Gravidität**; von R. v. Braun-Fernwald. (Wien. klin. Wochenschr. XII. 10. 1899.)

Als wichtigste Symptome für die Frühdiagnose der Schwangerschaft sieht v. B. die Consistenzveränderung der Gebärmutter an und die Gestalt, die sie bei genauer Untersuchung aufweist, bez. annimmt. Sie erscheint auf der einen Seite dicker als auf der anderen, am Ende des 1., Anfang des 2. Monats auf der einen Seite bisweilen doppelt so dick als auf der anderen. Das dickere Horn ist gewöhnlich weicher als das kleinere dünnere. An

der Grenze beider findet man in der Regel eine längs verlaufende Furche, die den Gebärmutterkörper in 2 ungleich grosse Abschnitte theilt. In der Ausdehnung der grösseren, weichen Hälfte wölbt sich die Gebärmutter mehr vor. Der Gebärmuttergrund erscheint oft ungleichmässig mit sattelförmiger Einziehung nach dem dünneren Horn zu. Die Untersuchung erfolgte stets vaginal mit 2 gegen die beiden Hörner ausgespreizten Fingern. Nach v. B. entspricht die weichere, mehr hervorragende Stelle dem Eisitz. Die früheste Zeit, in der die Diagnose auf Schwangerschaft von v. B. und Hübl gestellt wurde, war „3 Tage nach der Zeit der Wiederkehr der Periode" [soll wohl heissen nach deren erstem Ausbleiben. Ref.]

J. Praeger (Chemnitz).

102. **Rétention d'urine par coprostase d'origine gravidique**; par A. Herrgott. (Ann. de Gynécol. LI. p. 267. Avril 1899.)

Bei einer 37jähr., zum 2. Male schwangeren Frau, traten vom 3. Monate ab Beschwerden beim Wasserlassen und Verstopfung auf. Anschwellung des Leibes und starke Schmerzen veranlassten sie, die Gebäranstalt zu Nancy aufzusuchen. Das Aussehen war ein gutes, der Bauch stark ausgedehnt, wie am Ende der Schwangerschaft. Leichte Fluktuation, Kindestheile nicht zu fühlen. Bei Entleerung der Blase wurden 4450 ccm Harn gewonnen. Damit war die Geschwulst verschwunden und nun war die im 3. Monate schwangere Gebärmutter etwas nach rechts geneigt zu fühlen. Die Scheide war durch den angefüllten Mastdarm stark verengt. Auf 3 Klystire entleerte die Kr. 8 Nachtgeschirre voll Koth. Die Blase musste noch einige Male durch den Katheter entleert werden, dann stellte sich der Tonus wieder her. Der weitere Verlauf der Schwangerschaft war normal.

H. nimmt an, dass die schwangere Gebärmutter den Mastdarm zusammendrückte und dass die Füllung des unteren Abschnittes des Verdauungskanals ihrerseits wieder die Gebärmutter nach rechts drängte, wodurch die Harnverhaltung, ähnlich wie bei Rückwärtslagerung der schwangeren Gebärmutter, entstand.

J. Praeger (Chemnitz).

103. **Ueber Darmverschliessung während Schwangerschaft und Geburt**; von Prof. Leop. Meyer in Kopenhagen. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 2. p. 159. 1899.)

I. Fall. 42jähr., zum 7. Male schwangere Frau. 4 Wochen vor dem Ende der Schwangerschaft erkrankte Pat. nach natürlichem Stuhlgang am 20. Dec. 1891 mit Leibschmerzen und Erbrechen, die die ganze Nacht andauerten. Keine Flatus. Der Zustand verschlimmerte sich in den nächsten Tagen. Abführmittel wurden erbrochen, Einläufe waren erfolglos. Am 24. Dec. Morgens Kotherbrechen. Puls 120, Temperatur normal. Pat., sehr verfallen, wurde in M.'s Privatklinik überführt. Da die linke Leistengegend voller erschien, Schnitt wie bei der Bruchoperation: Bruchpforten frei. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand M., dass eine Dünndarmschlinge, 20 cm lang, durch eine kleine Oeffnung im linken breiten Mutterbande, dicht am Seitenrand der Gebärmutter, geschlüpft und hier eingeklemmt war. Die Schlinge wurde hervorgeholt, das Loch im Mutterband erweitert. 2 Stunden nach der Operation wurde ein 2000 g schweres Mädchen geboren. Das Erbrechen hörte nach der Operation auf, Winde gingen am nächsten Tage ab, ebenso erfolgte Stuhl auf Oeleinlauf. Die Frau genas und gebar am 15. September 1893 ohne Kunsthülfe einen Knaben von 4200 g.

Es handelte sich in diesem Falle zweifellos um eine angeborene Missbildung. Der Durchgang des Darmes durch das Loch wurde begünstigt durch die Spannung des Bandes in Folge der Schwangerschaft, wodurch die Oeffnung erweitert wurde. Einen einzigen tödtlich verlaufenen ähnlichen Fall von Ileus durch Brucheinklemmung im linken breiten Mutterbande veröffentlichte 1893 Alfred Smith in Dublin.

II. Fall. 29jähr., zum 1. Male schwangere Frau trat am 4. September 1897 in die Gebäranstalt zu Kopenhagen ein. Anfang der Schwangerschaft Ende November 1896. Vor 5 Wochen starkes Erbrechen und Leibschmerzen, mehrere Tage andauernd. Seit 7 Tagen wieder dieselben Erscheinungen, kein Stuhl, keine Blähungen. Einläufe, Ricinusöl ohne Erfolg. Abends Beginn der Geburt. Am 6. Sept. früh 11 Uhr mit Rücksicht auf das schlechte Allgemeinbefinden Extraktion des hochstehenden Kopfes mit Achsenzugzange (Knabe, 3200 g, 53 cm). Nach der Entbindung Erbrechen seltener. Einläufe ohne Erfolg. Am 7. Sept. Abends waren die Schmerzen sehr heftig, nach Morphium geringer. Durch höhere Einläufe Abgang einiger Kothstücke. Am 9. Sept. wegen Zunahme der Beschwerden und schlechten Allgemeinbefindens Bauchschnitt. Dabei fanden sich Colon descend. und Flexur zusammengefallen, Dünndarm und Colon ascend. aufgetrieben; das Colon ascend. verschwand plötzlich hinter dem Gekröse. Es wurde ein widernatürlicher After am Colon ascend. angelegt und die Bauchwunde geschlossen. 3 Stunden nach der Operation starb die Kranke. Die Leichenöffnung ergab, dass es sich um eine angeborene Missbildung, besonders des Gekröses, handelte. Dieses bildete ein Thor, unter dem das Colon transv. hindurchlief. Der scharfe freie Rand des Bogens hatte den Dickdarm eingeschnürt. Ein ähnlicher Fall ist von F. A. Tscherning mitgetheilt.

III. Fall. Zum 1. Male, im 8. Monate schwangere Frau, hatte immer an trägem Stuhlgang, zeitweise auch an Durchfall gelitten. Seit 1 Monat starke Verstopfung, seit mehreren Tagen Erbrechen. Bei der Aufnahme in das Frederiks Hospital am 30. Januar 1895 in der Blase 2100 ccm Harn. Kopf der Frucht tief im Becken. Keine Wehen. Wiederholt hohe Einläufe, von Koth gefärbt entleert. Am 31. Jan. Abends Temperatur 38.4°, am 1. Febr. Morgens 38.7°, Puls 144. Erbrechen häufiger, nach Koth riechend, nach Magenspülung etwas abnehmend. Weder Stuhl, noch Blähungen. Am 1. Febr. Abends Ueberführung in die Gebäranstalt. Dort leichte Zangenentbindung. (Knabe 1750 g, 40 cm lang, starb nach einigen Stunden.) Nach der Entbindung Magenausspülung und Morphiumeinspritzung. Einige Stunden später unwillkürlicher Abgang einer reichlichen Menge dünnen Kothes, andauernd bis zum 7. Februar. Wochenbett durch Cystitis, Ulcus puerperale und Parametritis dextra gestört. Im Wochenbett wiederholte Verstopfung. Am 12. April Entlassung. 23. September 1898 Entbindung *mit Zange von einem lebenden Knaben. Normaler Verlauf.*

Eine gehinderte Durchgängigkeit des Darmes während Schwangerschaft und Geburt gehört zu den *grössten Seltenheiten.* Aus der Literatur sammelte M. 13 Fälle. In 3 Fällen, von den insgesammt 16, war die Ursache des Darmverschlusses nicht bekannt. Eine wirkliche innere Einklemmung durch Stränge oder Aehnliches fand sich in 7 Fällen, Volvulus in 2, Retroversio uteri in 2, Druck einer Eierstocksgeschwulst in 1 Fall, Verengung des Darmes in 1 Fall. Von den 13 Frauen, bei denen die Ursache bekannt war (von den

übrigen 3 wurden 2 geheilt), starben 10. In keinem Falle wurde durch die Entleerung der Gebärmutter eine bleibende Besserung erreicht. Als Regel für die Behandlung des Darmverschlusses bei Schwangerschaft und Geburt ist daher aufzustellen, dass sich die Behandlung *direkt* gegen den *Darmverschluss* wenden muss.

M. fügt noch hinzu, dass er in der Literatur nur 3 sichere Fälle von *Einklemmung* eines *Bruches* während der Geburt gefunden hat, häufiger sind die Einklemmungen in der Schwangerschaft. Auch für diese gilt die Regel, dass, wenn ein operatives Eingreifen angezeigt ist, man den Bauchschnitt ohne Rücksicht auf die Schwangerschaft u. s. w. machen soll.

Endlich erwähnt M. noch die *Invagination,* von der Widmann 6 Fälle in der Schwangerschaft und 4 im Wochenbett zusammengestellt hat.

J. Praeger (Chemnitz).

104. **Appendicite et grossesse**; par A. Pinard. (Ann. de Gynécol. LI. p. 177. Mars 1899.)

Seit seiner letzten Mittheilung über diesen Gegenstand hat P. 3 Fälle von Appendicitis bei schwangeren Frauen gesehen. Die beiden Frauen der eigenen Praxis wurden operirt und genasen. P. betont, dass die Diagnose der Appendicitis in der Schwangerschaft in der Regel leicht ist. Sie kann bei ganz gesunden Frauen oder bei solchen, die bereits an Verstopfung oder auch schon wiederholt an Appendicitis litten, auftreten. Entweder beginnt sie mit Verdauungsstörungen (Leibschmerz, Erbrechen, Durchfall) oder mit Leibschmerzen allein, die meist in der rechten Bauchseite, besonders in der Darmbeingrube, lokalisirt sind (seltener in der Leber- oder Leistengegend) oder auch mit allgemeinem Leibschmerz. Der Leibschmerz verschwindet nur, wenn die Bauchfellentzündung eine allgemeine wird. Die Körperwärme steigt gewöhnlich langsam an. Das Erbrechen kann öfterem Aufstossen weichen, dem Durchfall folgt eine hartnäckige Verstopfung. Immer findet sich eine eigenthümliche Zusammenziehung der rechtseitigen Bauchmuskeln mit leichter Auftreibung des Leibes. Starker Meteorismus kommt erst später. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Leberkoliken, andauerndes Erbrechen in der Schwangerschaft, Extrauterinschwangerschaft, Erkrankungen der Gebärmutteranhänge, Wanderniere, Typhus. B. hält die Unterscheidung von allen diesen Erkrankungen nicht für schwierig, vermisst aber noch eine scharfe Differentialdiagnose zwischen Dickdarmentzündung und Appendicitis.

Bezüglich der Behandlung erfordert jede während der Schwangerschaft diagnosticirte Appendicitis einen operativen Eingriff. Bei frühzeitigem Eingreifen werden die Kranken geheilt und die Schwangerschaft bleibt meist ungestört; bei schweren Erscheinungen abortiren die Frauen fast immer, werden aber meist geheilt. Beim Abwarten ist sowohl das Leben der Frau, wie das der Frucht bedroht.

J. Praeger (Chemnitz).

105. **The action of the vaginal plug in accidental haemorrhage**; by E. Hastings Tweedy, Dublin. (Brit. med. Journ. June 4. 1898.)

Bei Blutung in der Schwangerschaft ohne Wehen oder bei mangelhaften Wehen empfiehlt T. als bestes Mittel die Scheidentamponade, die in der Art eines Tourniquets auf den Kreislauf in den Artt. uterin. hemmend wirke. Ferner bewirke sie eine Erweiterung des Gebärmutterhalses theils durch peripherischen Zug, theils durch Anregung von Zusammenziehungen der Gebärmutter, die T. auf Kohlensäurewirkung in Folge der Hemmung der arteriellen Blutzufuhr zurückführt.

J. Praeger (Chemnitz).

106. **Sur un cas d'autointoxication gravidique avec vomissements incoercibles, compliquée d'artériite fémorale et de gangrène sèche du membre inférieur**; par Barth. (Semaine méd. XVIII. 57. 1898.)

Ein 21jähr. Mädchen, das einen Typhus durchgemacht, später Bronchitis und Lungenblutungen gehabt hatte, in letzter Zeit aber stark dem Trunke ergeben gewesen war, erkrankte mit unstillbarem Erbrechen und wurde deshalb in das Hospital Necker aufgenommen. Es fand sich eine Schwangerschaft im 2. Monate, im Harn, der stark grünlich verfärbt war, Eiweiss, normale Temperatur, aber hohe Pulsfrequenz (122). Es waren leichte Delirien vorhanden. Trotz der eingeleiteten Behandlung (Bettruhe, Chloral, Bromkalium) besserte sich der Zustand nicht. 2 Tage später trat nach heftigen Schmerzen im rechten Bein Brand des rechten Fusses und Unterschenkels ein. Bei dem schlechten Zustande der Kr. wurde abwartend behandelt, es zeigten sich auch keine Zeichen einer Allgemeininfektion; nur in den unteren Lungenlappen kam es zu einer mässigen Anschoppung. Schliesslich entschloss sich B. doch noch, die Frühgeburt durch Einführung des Ballon von Champetier de Ribes einzuleiten, die mit Ausnahme eines Scheidendammrisses glatt verlief und eine abgestorbene Frucht von 10 cm zu Tage förderte. Nach der Fehlgeburt stieg die Temperatur auf 40° und am nächsten Tage starb die Kranke.

B. erklärt sich den Krankheitverlauf als eine Autointoxikation durch Stoffwechselprodukte in der Schwangerschaft. Als Ursache sieht er die bei der Leichenöffnung gefundenen Leberveränderungen an, die auf Tuberkulose (auch alte Lungentuberkulose wurde gefunden) und auf den Alkoholismus zurückzuführen waren. In Folge dieser war die normale Zerstörung der von der schwangeren Gebärmutter gebildeten giftigen Stoffwechselprodukte nicht möglich. Bei der Ausscheidung dieser wurde das Nierengewebe geschädigt und mit der Schädigung der Nierenfunktion wurden auch die giftigen Stoffwechselprodukte im Körper zurückgehalten. Durch die Herabsetzung der Widerstandskraft kam es zu einer Mikrobeneinwanderung in die Blutbahn, zu einer Arteriitis der Art. femoralis durch Ansiedelung der Mikroben auf der Gefässwand und zur nachfolgenden Thrombose und Gangrän.

J. Praeger (Chemnitz).

107. **Untersuchungen über das Gewichtsverhältniss zwischen Foetus und Placenta bei der Albuminurie in der Schwangerschaft**; von Dr. Carl Wippermann. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 548. 1899.)

Von Bridier ist behauptet worden, dass zwischen Kind und Placenta bei normalem Verhalten zur Zeit der Reife ein bestimmtes Gewichtsverhältniss bestehe, dass bei der Albuminurie eine Gewichtsverminderung des Kindes eintrete, die im Verhältnisse zu den Placentaveränderungen stehe und durchaus von ihnen abhängig sei, endlich dass die Gewichtsverminderung des Kindes eine relative Vergrösserung des Placentagewichtes zur Folge habe, während das absolute Gewicht der Placenta ebenfalls vermindert sei und die Norm nicht erreiche. Diese Behauptungen Bridier's werden von W. auf Grund des geburtshülflichen Materiales der Baseler Klinik aus den Jahren 1857—1894 (Prof. Fehling) nachgeprüft und in ihrer ersten Hälfte als richtig befunden. Das absolute Placentagewicht dagegen scheint keineswegs vermindert, sondern im Gegentheil noch vermehrt zu sein. Ebenso wie bei der Albuminurie ist auch bei der Syphilis das relative Placentagewicht erhöht. Während diese relative Gewichtserhöhung bei der Albuminurie auf einer Verminderung des absoluten Gewichtes des Kindes beruht, wird sie bei der Syphilis durch die Erhöhung des absoluten Gewichtes der Placenta bedingt. Brosin (Dresden).

108. **Ueber Retention und fehlerhaften Lösungsmechanismus der Placenta**; von Dr. Otto Burckhardt in Basel. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 196. 1898.)

B. bespricht die Bedeutung der Insertion der Placenta in der Tubenecke für die Lösung; er fand, dass die Hornplacenta ein nicht seltenes Vorkommniss ist. Er theilt 15 derartige Beobachtungen mit. 11mal lag eine Störung beim Austritte der Placenta vor, die 10mal zu einer Retention führte und sich in 7 Fällen mit Blutungen verband. Bei 6 Frauen gelang es noch, die Placenta durch äusseren Druck zu entfernen, in 4 Fällen aber musste zur manuellen Lösung geschritten werden.

B. führt die Retention der Placenta in den Fällen von Insertion in der Tubenecke auf 2 Momente zurück, nämlich die dünne, sich schlecht contrahirende Haftfläche und die sekundär durch eigenartige Retraktion der Muskellagen hinzutretende Striktur. In keinem Falle war, weder klinisch, noch anatomisch, eine auf Gewebeveränderungen beruhende Adhärenz nachweisbar.

Das Vorgehen bei der Retention hängt in erster Linie von dem eventuellen Auftreten von Blutungen ab. Fehlt die Blutung, so kann man stundenlang abwarten. Macht die eintretende Blutung die Expression nothwendig, so ist das Uterushorn, in dem die Placenta sitzt, direkt auszupressen. Der bei der schablonenhaft angewendeten Credé'schen Methode auf die Mitte des Fundus ausgeübte Druck begünstigt, statt die Placenta auszustossen, erst recht die Bildung einer Striktur unterhalb der Insertionsstelle und verschlimmert dadurch die Bedingungen zur Ausstossung. Gelingt die Expression nicht und hält die Blutung an, so ist die manuelle Placentalösung vorzunehmen. Die Anwendung der Nachgeburtspecula hierbei wird von B. befürwortet.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

109. **Neuere Kaiserschnittsfragen: Fundalschnitt, Castration oder Porro bei Osteomalacie**; von Otto Trinks. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 3. p. 449. 1898.)

T. berichtet über 3 Fälle von Sectio caesarea conservativa aus der Tübinger Klinik. Zwei der Frauen wurden mittels queren Fundalschnitts nach Fritsch operirt, bei der dritten wurde wegen Osteomalacie zugleich die Castration ausgeführt.

Als Vorzüge des queren Fundalschnitts fand auch T. die geringe Blutung aus der Uteruswunde, sowie ihre rasche Verkleinerung. Auf eine seroseröse Naht muss man nach T. beim Fundalschnitt meist verzichten; es bedeutet dieses nach T. jedoch nur einen Vortheil, da einfache, in das Uteruslumen durchgreifende, jedoch exakt angelegte Suturen durchaus genügen.

Im Anschlusse an die 3. Beobachtung erörtert T. die Frage, ob bei Osteomalacischen der conservative Kaiserschnitt mit gleichzeitiger Castration, oder die Amputatio uteri nach Porro, bez. die Totalexstirpation vorzuziehen sei, und entscheidet sich für das erstere Verfahren.

In einem Nachtrag berichtet Döderlein über 2 weitere Kaiserschnitte mit querem Fundalschnitt; beide Fälle verliefen günstig und bestätigten die von T. hervorgehobenen Vorzüge dieser Methode.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

110. **Der vaginale Kaiserschnitt**; von L. Acconci in Genua. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. IX. 3. p. 323. 1899.)

36jähr. Frau. 6 Geburten, 2 Fehlgeburten, letzte November 1892. Danach Periode häufiger und stärker. Weisslicher Ausfluss, später andauernde Blutungen. Bei der Aufnahme am 1. Juli 1895 fand sich eine Schwangerschaft im vollendeten 7. Monate und eine krebsige Erkrankung des Gebärmutterhalses. Becken normal. Am 4. Juli 1895 wurde zunächst die Neubildung mit dem *Paquélin*-Messer entfernt, dann Umschneidung des Gebärmutterhalses, Loslösung der Blase, Eröffnung des Bauchfells vorn und hinten, Abbindung der unteren Theile der breiten Mutterbänder. Dann mediane Spaltung des Gebärmutterhalses, worauf die Fruchtblase sich einstellte. Um das Hervorziehen der Frucht zu ermöglichen, musste die Oeffnung mechanisch mit dem Dilatator von *Mauri* erweitert werden, dann wurde die Blase gesprengt und die 1780 g schwere, 44 cm lange Frucht entwickelt. Danach wurde der Schnitt in der vorderen Gebärmutterwand verlängert, die Nachgeburt herausbefördert, dann die Gebärmutter leicht vorgewälzt und mit den Anhängen abgebunden. Theils Naht, theils Tamponade der Wunde. Nach der Operation Collaps, durch Kochsalzeinspritzung unter die Haut beseitigt. Während der ersten 4 Tage Verlauf normal, am Abend des 4. Tages Puls 100—115. Am 9. Juli reichliche Durchfälle, danach rascher Collaps und Tod. [Sehr Sepsis-verdächtig! Ref.]

Die Leichenöffnung ergab nur akute allgemeine Anämie.

Auf Grund dieses Falles nimmt A. für sich die Priorität des vaginalen Kaiserschnittes in Anspruch, während Dührssen in einer „Der vaginale Kaiserschnitt“ überschriebenen nachfolgenden Bemerkung seine Rechte vertritt, da er die Operation bereits am 1. April 1895 empfohlen und ihr durch seine Veröffentlichungen erst Anerkennung verschafft hat. J. Praeger (Chemnitz).

111. **Bemerkungen zur Naht und Schnittführung am Uterus bei Kaiserschnitt (hinterer Längsschnitt)**; von Prof. Albert Sippel in Frankfurt a. M. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 536. 1899.)

Das Lochialsekret ist nicht immer steril und bietet deshalb eine gewisse Gefahr für eine mit der capillaren Seide vom Peritonaeum bis in das Cavum uteri durchgeführten Sutur, ohne dass ausserdem noch pathologische Veränderungen in den Genitalien dadurch hervorgerufen werden müssen. Deshalb ist, ebenso wie bei der Darmnaht, ein isolirter Abschluss des Uteruscavum durch eine versenkte Naht zu erstreben. Am besten geeignet dazu ist die fortlaufende Naht mit dem nicht capillären Catgut. Um diese Naht exakt und wirksam ausführen zu können, muss man bei der Incision die Placenta vermeiden. Hat sie ihren Sitz an der vorderen Wand, so ist der hintere Längsschnitt zu wählen. Bei der Operation wälzt S. den Uterus vor seiner Eröffnung vor die Bauchwand, auch die Umschlingung mit dem elastischen Schlauch wendet er noch an.

Brosin (Dresden).

112. **Tre kejsarsnitt, dels vid eklampsi, dels in agone**; af Prof. K. G. Lennander. (Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 5. s. 317. 1899.)

1) Eine 25 J. alte Erstgebärende wurde am 23. Mai 1891 mit starkem Oedem aufgenommen. In der Nacht vom 26. zum 27. Mai stellten sich eklamptische Anfälle ein, die sich 3mal wiederholten; nach dem letzten Anfalle, der am 27. früh in der 7. Stunde auftrat, verfiel die Kr. in tiefes Koma, aus dem sie nicht wieder erwachte. Nach 4 Stunden traten Wehen auf. Da der Muttermund sich nicht öffnete, die Respiration immer schwieriger wurde, der Puls elend war und Cyanose sich einstellte, wurde 1½ Stunde später die Porro'sche Operation mit äusserer Stielbehandlung nach Hegar ohne Narkose ausgeführt, wobei die Pat. ganz reaktionslos war. In der Bauchhöhle fand sich trübe Ascitesflüssigkeit. Bei Spaltung des Uterus, in dessen Fundus ein Kindeskopf gefühlt wurde, zeigte sich, dass die Placenta an der Vorderseite dicht hinter der Schnittlinie sass, weshalb die Ligatur um den Uterushals sofort angezogen wurde. Nach rascher Entfernung des Kindes und der Placenta fand man unvermuthet ein zweites Ei, dessen Häute gesprengt wurden. Das Kind, dessen Gesicht die Ligatur gefasst hatte, war asphyktisch und starb.

Nach einer Kochsalzinfusion, die der Mutter nach der Operation gegeben wurde, verschwand die Cyanose, Puls und Respiration wurden besser, aber der komatöse Zustand blieb unverändert, neue Krampfanfälle traten auf und 4½ Stunden nach der Operation erfolgte der Tod.

Das zuerst extrahirte Kind war 46 cm lang und wog 2300 g; es blieb am Leben und war im December 1898 7½ Jahre alt und normal entwickelt.

2) Eine 30 Jahre alte Erstgebärende wurde am 7. Januar 1893 nach wiederholten eklamptischen Anfällen in soporösem Zustande aufgenommen. Die Anfälle nahmen an Heftigkeit zu, der Sopor wurde tiefer, die Respiration stertorös. Bei den Anfällen hatte sich Pat. wiederholt in die zum Theil aus dem Munde stehende Zunge gebissen. Nachdem Pat. mehr als 12 Stunden in soporösem Zustande gelegen hatte, wurde des bedrohlichen Zustandes wegen der conservative Kaiserschnitt nach Sänger gemacht. In der Bauchhöhle fand sich blutige Ascitesflüssigkeit. Im Uterus wurden 15 sero-muskuläre Knotennähte aus Seide angelegt. Da die sero-serösen Nähte entweder durchgeschnitten, oder keine genügende Annäherung der Peritonäalränder herbeigeführt hätten, exstirpirte L. ein Stück relativ fettfreies Omentum, bedeckte damit die ganze Nahtlinie und befestigte es mit Catgutsuturen am Uterus. Nach der Operation traten keine Krampfanfälle mehr auf, aber Trachealrasseln und Sopor dauerten fort, erst 36 Stunden nach der Operation kam Pat. wieder zu sich. Um den stagnirenden Sekreten in den Luftwegen besseren Abfluss zu verschaffen, wurde dass Fussende des Bettes hoch gestellt. Nach der Operation bildete sich wieder Ascites und brach zwischen den Nähten durch, Pat. hatte Fieber. Als sich der Zustand etwas zum Bessern neigen wollte, stellte sich in Folge von Aspiration gangränöser Theile von der zerbissenen Zunge Lungenbrand ein, dem die Kr. 24 Tage nach der Operation erlag.

Bei der *Sektion* fanden sich diffuse Gangrän im oberen und unteren Lappen der rechten und confluirende bronchopneumonische Herde in der linken Lunge. Das auf den Uterus transplantirte Stück Omentum haftete, alle Seidennähte lagen extraperitonäal darunter.

Das Kind, ein Mädchen, wog 8 Tage nach der Operation 1400 g und war 42 cm lang; es blieb am Leben und war zur Zeit der Mittheilung 6 Jahre alt.

L. hebt die Bedeutung hervor, die in diesem Falle die Zungenbisse für den Ausgang hatten, und betont die Nothwendigkeit, Beissen in die Zunge während der Anfälle sorgfältig zu verhüten.

3) Eine 34 Jahre alte Fünftgebärende, die wegen Brustkrebses operirt worden war, ein lokales Recidiv gehabt hatte und eine Metastase in der unteren Sacralgegend, und ihre Entbindung Ende Januar erwartete, wurde am 12. Dec. 1891 in bewusstlosem Zustande aufgenommen. Bei beschleunigter, oberflächlicher Respiration und einer Pulsfrequenz von 128—132 wurde in der Agonie der conservative Kaiserschnitt ausgeführt und ein 44 cm langes, 2000 g schweres Mädchen extrahirt, das nach 5½ Stunden an Lungenatelektase starb. Die Mutter blieb fortwährend bewusstlos und starb 12 Stunden nach der Operation. — Bei der *Sektion* fanden sich Krebsmetastasen am Sternum, am linken Schlüsselbein, an den Rippen, am 9. Brustwirbel, in der Leber (sehr ausgebreitet) und in einer Niere.

Bemerkenswerth ist es, dass das im Verhältnisse zu dem im 2. Falle relativ gut entwickelte Kind nicht lebenskräftig war und nicht zum Athmen gebracht werden konnte, es war während ausgesprochener Krebskachexie entwickelt. Die Möglichkeit, dass das Kind relativ wenig Schaden bei der Eklampsie leidet, geht aus den beiden ersten Fällen hervor, in denen die Kinder am Leben blieben und sich gut entwickelten.

Walter Berger (Leipzig).

113. **Bemerkungen über das Verhalten der Temperatur bei Eklampsie**; von Josef Gmeiner in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XXIII. 46. 1898.)

Zur Beurtheilung dieser Frage sind nur reine Fälle zu verwenden. Auszuschliessen sind Fälle mit Nephritis, in denen Urämie das Bild compli-

ciren kann, ferner Fälle, in denen das Fieber auch auf Infektion zurückzuführen sein könnte. In allen Fällen von reiner Eklampsie, in denen die Anfälle rasch aufeinander folgen, tritt Erhöhung der Körperwärme ein. In leichten Fällen, in denen die Zahl der Anfälle 5 nicht überschreitet und zwischen den Anfällen das Bewusstsein wiederkehrt, pflegt die Temperatur normal zu bleiben. Der Typus des Fiebers ist ein remittirender. Der Anstieg der Temperatur erfolgt gewöhnlich erst nach mehreren, dicht aufeinander folgenden Anfällen. Die Remissionen scheinen mit der Abnahme der Häufigkeit und Zahl der Anfälle zusammenzuhängen. In späteren Zeitpunkten genügt oft 1 Anfall, um die Temperatur rasch steigen zu machen. In tödtlich verlaufenden Fällen beobachtet man in der Regel ein andauerndes Ansteigen der Temperatur, auch im Koma, oder ein hohes Einsetzen der Temperatur vor einer Zunahme der Intensität der Anfälle. Auch die Remissionen entsprechen nicht den im günstigen Falle beobachteten. Wichtiger als die Höhe der Temperatur scheint die Beobachtung zu sein, dass der Anstieg der Temperatur gleichmässig mit Zahl und Häufigkeit der Anfälle erfolgt. Auch bei den in Genesung übergehenden Fällen kann Fieber bis 41° vorkommen. Hat das Fieber auch mehrere Stunden nach Aufhören der Anfälle noch Tendenz zu steigen (ansteigendes oder continuirliches Fieber im Koma) oder setzen unverhältnissmässig hohe Temperaturen vorzeitig ein, so ist die Prognose fast mit Sicherheit ungünstig zu stellen.

J. Praeger (Chemnitz).

114. **Beurtheilung der Wochenbettsverhältnisse nach der Pulsfrequenz**; von Prof. Torggler in Klagenfurt. (Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 21. 1899.)

Als Endergebniss des Versuches, die Wochenbettsverhältnisse einer Gebäranstalt allein nach der Pulsfrequenz darzustellen, kommt T. zu der Behauptung, dass der Puls zum Mindesten denselben Werth behufs Beurtheilung des Puerperium besitzt wie die Körperwärme. Wie das Verhalten der Temperatur für sich allein zur Beurtheilung der Salubritätverhältnisse nicht genügt, so kann man aus den Pulscurven allein auch nicht die Wochenbettsverhältnisse einwandfrei beurtheilen. Dieses gelingt nach T. nur dann sicher, wenn das Verhältniss zwischen Temperaturhöhe und Pulshöhe gegenseitig dargestellt und die sich daraus ergebenden Resultate verwendet werden. T. hält es dabei für unbedingt nöthig, bei der graphischen Darstellung der Temperatur- und Pulsschwankungen in den Curventafeln der einzelnen Kliniken eine strenge Gleichförmigkeit einzuführen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

115. **Du ralentissement du pouls pendant les suites de couches**; par H. Varnier. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 30. Janv. 1899.)

Die Verlangsamung des Pulses ist seit dem Erscheinen der Arbeit Blot's im J. 1864 als ein charakteristisches Zeichen des normalen Schwangerschaftverlaufes betrachtet und von Vielen bestätigt worden. In jüngster Zeit hat sich Karl Heil mit dieser Frage beschäftigt und vergleichende Pulszählungen an Frauen mit leichten gynäkologischen Erkrankungen während der Schwangerschaft und während des Wochenbetts vorgenommen und ist zu dem Schlusse gekommen, dass man wohl von einem langsamen Pulse, nicht von einer Pulsverlangsamung im Wochenbette reden könne und dass ein langsamer Puls eben so gut auch in der Schwangerschaft vorkäme. Dieses veranlasste wieder V. zu einer Nachprüfung der Heil'schen Resultate. Bei den Untersuchungen, die V. an Schwangeren und Wöchnerinnen anstellte, ergab sich bei 72.22% während des Wochenbetts eine unbestreitbare Pulsverlangsamung. Die Verlangsamung ist häufiger bei Mehrgebärenden als bei Erstgebärenden.

J. Praeger (Chemnitz).

116. **Zur puerperalen Infektion**; von Koblanck in Berlin. II. Theil. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 1. p. 85. 1899.)

Im Anschlusse an seinen früher erschienenen Aufsatz (Jahrbb. CCLII. p. 168), der mehr klinische Fragen erörterte, bespricht K. im vorliegenden 2. Theile an der Hand eigener und fremder bakteriologischer Untersuchungen die Ursachen und das Zustandekommen der puerperalen Infektion.

K. stellte bakteriologische Untersuchungen an dem Scheideninhalte von 200 Schwangeren an; bakteriologisch einwandfreies Cervixsekret vermochte er bei der Lebenden nicht zu gewinnen. Die Verschiedenheit der Bakterienbefunde kann nach K. zunächst bedingt sein durch die Art der Entnahme des Sekretes. Von grosser Bedeutung für die Erklärung der differenten Resultate ist weiterhin die Aussaat des Sekretes und die Züchtung der Bakterien.

K. fand Streptokokken nicht nur in dem von Döderlein als „pathologisch" charakterisirten Sekrete, sondern auch in scheinbar „normalem". Es ist nach K. bis jetzt noch nicht gelungen, bestimmte Streptokokkenarten von einander abzugrenzen; durch Züchtungen und Impfungen ändert sich ihr Charakter vollkommen. Es erscheint demnach übereilt, bei Auffindung von Kettenkokken in der Scheide zu behaupten, diese wären nicht die bekannten Sepsiserreger.

Die Anschauungen über den Einfluss der Scheidenbakterien auf den Verlauf des Wochenbetts sind noch nicht geklärt; man muss nach K. die Fälle, in denen bei pathologischem Scheidensekrete kein Puerperalfieber auftritt, mindestens eben so vorsichtig beurtheilen wie erfolglose Thierimpfungen.

K. betont zum Schlusse, dass die bakteriologischen Befunde nur mit grösster Vorsicht für unser klinisches Handeln verwerthet werden dürfen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

117. **Die Kunstfehler in der Geburtshülfe**; von Dr. Alphons Fuld in Mombach-Mainz. (Berl. Klinik Nr. 129. Doppelheft. März 1899.)

Von 341 Kunstfehlern, die F. zusammenstellt, gehören 130 = 38.2% in das Gebiet der Geburtshülfe. Den Hauptgrund für die grössere Häufigkeit geburtshülflicher Kunstfehler sieht F., abgesehen von der oft mangelhaften Ausbildung vieler Hebammen, darin, dass kein auf dem Lande oder in einer kleineren Stadt prakticirender Arzt sich der Ausübung der Geburtshülfe entziehen kann. Von den in Betracht kommenden 133 angeklagten Medicinalpersonen waren 47 Hebammen = 35.3%, 51 Aerzte = 38.3%, 19 Wundärzte = 14.3%, 16 Pfuschhebammen und Pfuscher = 12.1%. Von diesen 133 Medicinalpersonen erwiesen sich 58 = 43.6% als schuldig und 75 = 56.4% als unschuldig. [Dass F. die Pfuschhebammen und Pfuscher zu den „Medicinalpersonen" rechnet, entspricht wohl nicht dem allgemeinen Brauche. Ref.]

Bei den 130 geburtshülflichen Kunstfehlern handelt es sich in 30 Fällen = 23.1% um Schädigungen des Kindes, in 100 Fällen = 76.9% um Schädigungen der Mutter, und zwar in 7 Fällen um Schwangere, in 93 Fällen dagegen um Kreissende und Wöchnerinnen. Die Schädigungen der Kreissenden und Wöchnerinnen bestanden 10mal in Vernachlässigungen und Ungeschicklichkeiten, 12mal in Infektion, 14mal in Verblutung, 52mal in Verletzungen der weichen Geburtswege nebst Nachbarorganen und 5mal in Tödtung aus verschiedenen Ursachen.

Im Anschlusse bespricht F. die einzelnen hierher gehörigen, von ihm gesammelten Fälle.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

118. **Der Borsäureschnuller, eine neue Behandlungsmethode des Soor**; von Theodor Escherich. (Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. 1899.)

Der Borsäureschnuller hat sich in der Grazer Kinderklinik, in der der Soor endemisch in recht unliebsamer Weise herrscht, vortrefflich bewährt. Man beschickt etwas sterilisirte Watte mit etwa 0.2 g Borsäure und etwas Saccharin und hüllt sie in Seide oder feinen Battist. So weit die Kinder nicht gar zu elend und entkräftet sind, nehmen sie den Schnuller gern und saugen ihn kräftig aus; er hält etwa 24 Stunden vor. Abgesehen von den Bedenken, die überhaupt gegen die Empfehlung eines Schnullers geltend zu machen sind, kann E. seine gut bewährte Methode nur empfehlen.

Dippe.

119. **Chlor und Stickstoff im Säuglingsorganismus**; von Walther Freund in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 138. 1898.)

Nach einem Ueberblicke über die spärliche Literatur des Chlorstoffwechsels beim Säuglinge theilt Fr. Untersuchungen mit, die er an einem Brustkinde und 2 Flaschenkindern angestellt hat. Er bediente sich zum getrennten Auffangen von Urin und Koth einer neuen von ihm erdachten Vorrichtung. Aus den Versuchen geht hinsichtlich des *Stickstoff-Stoffwechsels* hervor, dass das Brustkind im Verhältniss zu den von Michel untersuchten Kindern eine ziemlich geringe Resorption zeigte, bezüglich der N-Retention das von Heubner und Rubner untersuchte Kind ein wenig übertraf. Die Flaschenkinder resorbirten erheblich mehr als die bisher beobachteten. Das 1. Flaschenkind hatte gebundene, mässig dyspeptische Stühle, das zweite zuerst gebundene, gehacktschleimige, später diarrhoische Entleerungen. In der 2. Periode war die N-Resorption grösser als in der ersten. Das stimmt überein mit den Befunden von Bendix, wenn dieser auch von einer vermehrten N-Ausscheidung bei diarrhoischen Entleerungen spricht. Die N-Retention war bei dem 2. Flaschenkinde etwas grösser als sie sonst beobachtet wurde, bei dem ersten doppelt so gross. Dieses Kind war vor Eintritt in die Klinik mit $^1/_4$ Milch ernährt worden. Was den *Chlorstoffwechsel* anlangt, so lassen die gewonnenen Zahlen, für sich betrachtet, eine Gesetzmässigkeit nicht erkennen. Vergleicht man die Chloraufnahme und -Ausgabe, so bemerkt man in allen 3 Fällen eine Retention von Chlor, die erheblich höher ist, als die von Michel an gesunden Brustkindern gefundene. Wenn man *das Verhältniss von Körpergewicht, Eiweissansatz und Chlorretention* zu einander vergleicht, zeigt sich, dass die Chlorretention verknüpft ist mit einer Zunahme des Wassergehaltes im Organismus wie sie bei Fettverlust stattfindet. Es wäre weiter zu untersuchen, wie weit die herabgesetzte Salzsäureproduktion chronisch magendarmkranker Kinder ein Ausdruck des Chlorhungers ist.

Brückner (Dresden).

120. **Zur Frage der Ammoniakausscheidung durch den Harn bei magendarmkranken Säuglingen**; von Dr. Bernhard Bendix. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 165. 1898.)

B. hat an 8 magendarmkranken Säuglingen, die mit $^1/_3$ Milch gefüttert wurden, die Ammoniakausscheidung durch den Urin verfolgt. Wenn er den Urin direkt in einem sterilen Gefässe auffing, so erhielt er Werthe, die die beim Erwachsenen festgestellte Norm nicht überschritten. Wurde der Urin hingegen erst durch den Harnrecipienten geleitet, so ergaben sich jedes Mal erheblich höhere Werthe. Die Befunde Keller's bedürfen daher der Nachprüfung. Dabei wäre nach B. zu fordern: „1) der Nachweis, dass auch beim steril aufgefangenen und sofort zur Untersuchung angesetzten Harn dieselben hohen Ammoniakwerthe vorhanden sind wie bei dem durch den Recipienten gesammelten; 2) der experimentelle Beweis der Vermehrung von anorganischen Säuren oder 3) der Beweis dafür, dass auch organische Säuren, indem sie zum Theil unverbrannt mit NH_3 durch den

Harn austreten, jene Ammoniaksteigerung bedingen.“ Bei letzterer Voraussetzung müsste noch der Nachweis geführt werden, dass wirklich „Lipacidurie“ besteht. Brückner (Dresden).

121. **Welche Momente beeinflussen die Ammoniakausscheidung im Harn magendarmkranker Säuglinge?** von Dr. Arthur Keller in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 4. p. 397. 1898.)

Aus den Ausführungen K.'s geht im Wesentlichen hervor, dass für die Beurtheilung der Ammoniakausscheidung nicht nur der Zustand des Kindes und die Art der Ernährung zur Zeit der Untersuchung, sondern auch die vorhergegangene Ernährung und eventuell Erkrankungen zu berücksichtigen sind. Während bei 11 Kindern, die mit verdünnter Kuhmilch ernährt wurden, die Ammoniakausscheidung nicht erhöht war, zeigte ein 12. Kind bei gleicher Ernährung im Beginne hohe Werthe, die allmählich absanken, auch nicht wieder stiegen bei späterer stärkerer Concentration der Milch. Das Kind war vor Beginn der Untersuchungen mit Roggenmehlsuppe ernährt worden, worauf K. die erhöhte Ammoniakausscheidung bezieht.

Brückner (Dresden).

122. **Bemerkungen zu der Arbeit von de Jager: Die Verdauung und Assimilation des gesunden und kranken Säuglings nebst einer rationellen Methode zur Säuglingsernährung**; von Dr. Arthur Keller in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 4. p. 393. 1898.)

de Jager hat zur Ernährung der Säuglinge gezuckerte und mit Butter versetzte Buttermilch empfohlen. Die günstigen Erfolge, die er mit dieser Ernährungmethode erzielte, hat er theoretisch zu begründen gesucht und dabei unter Anderem einen falsch citirten Satz aus einer Arbeit von K. über die Ammoniakausscheidung bei magendarmkranken Säuglingen zur Stütze seiner Hypothesen benutzt. K. verwahrt sich hiergegen und weist de Jager ausserdem noch eine Reihe grober Irrthümer nach.

Brückner (Dresden).

123. **Ueber Streptokokkenenteritis im Säuglingsalter**; von Th. Escherich. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 137. 1899.)

E. macht erneut auf die Wichtigkeit der bakteriologischen Stuhluntersuchung bei Säuglingen und jungen Kindern aufmerksam, die bei Anwendung der Weigert'schen Fibrinfärbung unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen verschiedene, sehr charakteristische Bilder im Ausstrichpräparate giebt. Mit Hülfe dieser Methode gelang es ihm, die ätiologische Zusammengehörigkeit klinisch zum Theil verschieden sich darstellender Erkrankungen zu erweisen, als deren Erreger ein in 14 von 15 Fällen nachgewiesener kurzer, zumeist als Diplococcus auftretender Streptococcus angesprochen wird. In einem Theile der Fälle war der Coccus auch im Blute, im Harn und in den inneren Organen nachzuweisen. Culturversuche, die übrigens mit Schwierigkeiten verknüpft waren, lehrten, dass die Enteritisstreptokokken ein Gemenge biologisch nahe verwandter Kokken darstellen, und den Pneumokokken, vielleicht auch dem Meningococcus intracellularis nahe stehen. Unter besonderen vegetativen Verhältnissen wachsen sie auch zu längeren Ketten aus. Die Frage nach der Herkunft der Mikroben vermochte E. verhältnissmässig leicht zu beantworten. Er fand sie in einer Anzahl bakteriologisch untersuchter Milchproben. Wahrscheinlich finden sie sich auch in der Mundhöhle, von wo sie durch den Schluckakt in den Magen gelangen. Die Sektion und die histologischen Untersuchungen ergaben, dass die Erkrankungen im Dünn- und Dickdarme zu Epithelverlust und Verschleimung der Drüsen führten. In den oberen Schichten der Schleimhaut, im Dickdarme tiefer herab bis zur Submucosa, waren die beschriebenen Diplokokken nachweisbar. Was die klinischen Erscheinungen anlangt, die die Kinder darboten, so konnten alle Typen vom dyspeptischen Katarrh bis zur Cholera infantum und Enteritis follicularis beobachtet werden. Gemeinsam war allen nur die Anwesenheit der Kokken im Darmkanale, in schweren Fällen auch im Blute und in den inneren Organen. 7 Kinder genasen, 8 starben. E. theilt die Kranken ein in a) solche, die nur lokale Reizerscheinungen des Darmes erkennen liessen. Diese abortiven Formen sind von Wichtigkeit wegen der Ansteckunggefahr. Zu ihrer Erkenntniss gelangte E. nur durch die endemische Ausbreitung im Spitale; b) solche mit Darmerscheinungen und Vergiftungsymptomen (initiales Fieber, Krämpfe). Sie verliefen unter dem Bilde der Cholera infantum und Enteritis follicularis; c) solche mit Allgemeininfektion, Uebergang der Kokken in den grossen Kreislauf. Diese Erkrankungen betrafen zumeist bereits geschwächte, herabgekommene Kinder und verliefen unter dem Bilde der Enteritis. Lebhaftes Fieber und starke Reizerscheinungen von Seiten des Darmes können bei den elenden Kindern ausbleiben. Alle Fälle, in denen die Kokken im Urin und Blute nachgewiesen werden konnten, sind tödtlich verlaufen. Der Tod trat zumeist im Koma ein. Besonders bemerkenswerth ist das Erbrechen serös-blutiger Massen. In 3 Fällen ging die Allgemeininfektion von einer septischen Affektion der mit Soor behafteten Mundhöhle aus. Nach einer Analyse der klinischen Symptome erörtert E. die Gründe, die ihn veranlassen, die Streptokokken als die Erreger der mitgetheilten Erkrankungen anzusprechen, und schliesst die interessante Arbeit mit einer Besprechung der in Frage kommenden Literatur.

Brückner (Dresden).

124. **Ueber das Auftreten von „proteolytischen“ Bakterien in Säuglingsstühlen und ihre Bedeutung in der Pathologie der Darmerkran-**

kungen; von Dr. H. Spiegelberg in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 194. 1899.)

Sp. hat die Frage nach der Bedeutung der peptonisirenden Bakterien einer ausführlichen experimentellen Prüfung unterworfen. Während sich die früheren Arbeiten über den Gegenstand vorwiegend mit der Sterilisation und der Pathogenität jener Bakterien beschäftigten, suchte Sp. auch das quantitative und qualitative Verhältniss der Mikroben im Darmkanale, bez. in den Faeces zu erforschen. Er untersuchte die im Spitale verwendete Fettmilch und Hausmilch, sowie die Faeces von 60 Kindern. Die Stühle stammten von 12 jungen gesunden Brustkindern, 4 ambulatorisch behandelten, künstlich genährten dyspeptischen Säuglingen, 22 klinisch beobachteten Kindern im Alter von 3 Wochen bis zu 2 Jahren (7 wegen Dyspepsie, 5 wegen schwerer Magendarmerkrankung, 10 wegen anderweiter Organerkrankung in Behandlung) und endlich von 12 Kindern mit schwerer Erkrankung, „bei denen die Aufmerksamkeit a priori durch die in Frage stehenden Bakterien erregt war“. Aus den Untersuchungen ergiebt sich im Wesentlichen, dass die proteolytischen Bakterien häufig in der Milch vorhanden sind. Ihr Auftreten ist abhängig von Verunreinigungen, wie sie in der Milchwirthschaft vorkommen. Sie wuchern bei höheren Temperaturen erheblich, bilden sehr resistente Sporen und zersetzen das Casein der Milch. Diese Bakterien fanden sich in den Stühlen aller künstlich genährten Kinder, hingegen nur ausnahmeweise in denjenigen der Brustkinder. Doch war ihre Menge nur bei erkrankten Kindern eine erhebliche, und es steht ihre Anzahl in einem gewissen Verhältnisse zur Schwere der Erkrankung. Bei manchen sehr schweren Darmerkrankungen „kann die Anwesenheit der Proteolyten geradezu ein specifisches ätiologisches Moment vortäuschen. In diesen Fällen scheint es sich zugleich um besonders pathogene Arten zu handeln“. Bezüglich der Wirkung der Proteolyten auf den kindlichen Organismus ist zu bemerken, dass die ektogene Infektion in den Hintergrund tritt. Doch kann bei Genuss von sterilisirter, längere Zeit bei hoher Temperatur aufbewahrter Milch durch die Aufnahme von Stoffwechselprodukten der Proteolyten schwere Vergiftung (Cholera infantum) auftreten. Bei der endogenen Infektion dürften sie eine sekundäre Rolle spielen. Sie treten nur bei herabgekommenen darmkranken Kindern auf, bei denen die Schutzwehr der normalen Darmflora durchbrochen ist. Sie können durch ihren Lebensprocess reizend wirken, führen aber nicht zur Allgemeininfektion. Bei excessiver Vermehrung vermögen sie bei einem geschwächten Kinde den tödtlichen Ausgang herbeizuführen, bez. zu beschleunigen. Zur Abhülfe ist von Nöthen reinliche Milchwirthschaft, schneller Verbrauch der Milch. Auch gewisse Hülfsmittel zur Verhütung abnormer Gährungen könnten in Betracht gezogen werden. Brückner (Dresden).

125. **Ueber Säuglingspflege und ihre Erfolge**; von Dr. Ludwig Berton in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 224. 1899.)

B. untersuchte die Erfolge der künstlichen Säuglingsernährung am Materiale der Grazer Kinderklinik in den Jahren 1890—1898. Wenn man von den statistischen Einzelheiten absieht, so ergiebt die Untersuchung folgendes Resultat: Die Ernährung mit verdünnter Kuhmilch erzielte die schlechtesten Erfolge, wenngleich die geringe Anzahl der in Betracht kommenden Kinder zu weitgehenden Schlüssen nicht berechtigt. Sehr befriedigend war die Ernährung mit Fettmilch, die bei allen Säuglingen bis zum 6. Monate seit ihrer Einführung zur Verwendung gelangte. Die *Pfund*'sche Säuglingsnahrung soll in den Fällen versucht werden, in denen verdünnte Kuhmilch oder Fettmilch nicht vertragen wird. Bei sehr schwächlichen und bei frühgeborenen Säuglingen, denen die Eiweissverdauung besondere Schwierigkeiten bereitet, wird ein Versuch mit Labmolke empfohlen.

Ueber die Ursachen der misslungenen Ernährung suchte sich B. auf Grund des vorliegenden Materials ebenfalls Rechenschaft zu geben. Es traten bei einer Anzahl von Kindern, die anfänglich gut zunahmen, plötzliche Gewichtsstürze auf, die eingeleitet wurden durch seröse, übel riechende Entleerungen. Diese Erkrankungen traten zum Theil gruppenweise auf, hier und da im Anschlusse an die Aufnahme eines Kindes mit schwerer Enteritis. In einer Anzahl von Fällen wurden Streptokokken in den Organen der Kinder nachgewiesen. Es handelte sich hier also wahrscheinlich um Hausinfektionen. In anderen Fällen war nicht der Darm, sondern ein anderes Organ der Sitz der die Zunahme beeinträchtigenden Erkrankung, namentlich der Respirationtractus, die Haut, auch die Blase. Viele dieser Fälle gehören in das Bereich der Sepsis. Je mehr bei der Pflege und Ernährung der Säuglinge in den Spitälern die Asepsis geübt wird, desto seltener muss die Uebertragung der so häufig zu tödtlicher septischer Erkrankung führenden infektiösen Keime werden.

Brückner (Dresden).

126. **Beiträge zur Casuistik und Aetiologie der Becken- und Nabelabscesse im Kindesalter**; von Dr. A. Schmid in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 249. 1899.)

A. Die Beckenabscesse. Sch. theilt 6 Fälle von eitriger Entzündung des Beckenzellengewebes mit. Bei 2 Kindern war die Erkrankung im Anschlusse an ein Trauma entstanden. Das eine Kind starb, bevor es zur Operation kam, da der Abscess in die Bauchhöhle durchbrach, an Peritonitis. Das zweite Kind überstand die Eröffnung des Abscesses gut, starb aber an einer Pneumonie. Die Entzündung war von retroperitonäalen Lymphdrüsen ausgegangen. Bei 4 weiteren Kindern waren die Abscesse ohne nachweisbare Ursache entstanden.

Schm. vergleicht diese Erkrankungen hinsichtlich ihrer Entstehung mit den idiopathischen Retropharyngealabscessen, glaubt aber, dass sie gelegentlich auch aus präperitonäalen Entzündungsherden durch Senkung entstehen können. Von diesen 4 Kindern, die sämmtlich operirt wurden, starb eins, bei dem der Eiter den Dünndarm arrodirt und zur Perforation gebracht hatte. Die Abscesse sollen in der Regel incidirt werden, sobald Fluktuation nachweisbar ist. Doch darf man, wie die erste Beobachtung lehrt, nicht immer so lange warten, sondern muss zur Operation schreiten, sobald man durch Steigerung des Fiebers und des Schmerzes, durch Störungen der Nachbarorgane, durch Peptonurie die Abscedirung des Entzündungsherdes annehmen kann.

B. Die Nabelabscesse. Nabelabscesse wurden 2mal beobachtet. Bei einem Kinde brach der Bauchdeckenabscess, der im intermuskulären Gewebe gegen den Nabel fortgekrochen war, spontan durch. Bei dem anderen Kinde handelte es sich um einen Abscess im Nabel selbst, der ebenfalls von selbst nach aussen durchbrach. In beiden Fällen trat Heilung ein. Brückner (Dresden).

127. **Ueber Lumbalpunktionen an Kindern**; von Dr. Meinhard Pfaundler in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 264. 1899.)

Pf. berichtet über etwa 200 Lumbalpunktionen, die in der Grazer Kinderklinik ausgeführt wurden. Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion beruht zum grossen Theile auf der Feststellung des Subarachnoidealdrucks. Dieser setzt sich, wie Pf. ausführt, aus drei Componenten zusammen: 1) aus dem Elasticitätdrucke, 2) aus dem hydrostatischen Drucke, 3) aus dem übertragenen Gefässdrucke. Hat man Gelegenheit zu Druckmessungen am Lebenden und an der Leiche, so gelingt es, die absolute Grösse der einzelnen Componenten festzustellen. Pf. hat solche Messungen angestellt und führt die Durchschnittwerthe tabellarisch geordnet auf. Es ergiebt sich daraus, dass seine Mittelzahlen höher sind als diejenigen früherer Untersucher, da er am sitzenden Kranken maass und sich eines verlustlosen Manometers bediente. Der Gesammtdruck nimmt mit steigendem Alter zu. Der Ausscheidungdruck ist bei Säuglingen ein sehr niedriger. Wegen der offenen Fontanelle wird bei Säuglingen ein viel grösserer Theil des hydrostatischen Druckes manifest. Die hydrostatische Componente betheiligt sich an der Herstellung des Gesammtdruckes in höherem Maasse als bei älteren Kindern. Aehnliches trifft man bei Hydrocephalikern wegen der Weite ihrer complementären Gefässräume. Bei Erkrankungen im cerebrospinalen Gebiete, die mit Transsudation und Exsudation einhergehen, steigt namentlich die Elasticitätcomponente. Die rhythmischen physiologischen Schwankungen des Subarachnoidealdruckes sind respiratorische und pulsatorische.

Bei bestehenden Hirndrucksymptomen findet man im Anfange auch hohe Werthe für den Subarachnoidealdruck, 35—40 mm Quecksilber und darüber. Für das Zustandekommen der Hirndrucksymptome ist jedoch nicht die absolute Höhe des Subarachnoidealdruckes maassgebend, sondern sein Verhältniss zum Blutdrucke in den Gehirnarterien. Bei Herzschwäche z. B. können Hirndrucksymptome eintreten, ohne dass der Subarachnoidealdruck wesentlich erhöht ist. Sehr hoher Druck kommt fast nur bei tuberkulöser Meningitis vor. Für die typisch verlaufende Krankheit besteht eine charakteristische Druckcurve. Der Druck beträgt durchschnittlich im Stadium der Hirnreizung 48 mm, des Hirndruckes 52 mm, der Hirnlähmung 24 mm Quecksilber. Bei Hydrocephalus spricht hoher Druck für einen floriden, normaler oder wenig erhöhter Druck für einen abgelaufenen Process. Bei eitrigen Formen der Meningitis, bei Tumoren und manchen funktionellen Neurosen besteht in der Regel erhöhter Druck. Frisches Blut in der Punktionflüssigkeit rührt von einer Einstichblutung her, zersetztes deutet auf Pachymeningitis oder Trauma. Im ersten Stadium der tuberkulösen Meningitis ist die Cerebrospinalflüssigkeit klar, im zweiten auch noch häufig, im dritten dagegen meist staubförmig getrübt; beim Stehen bildet sie ein spinnewebartiges Gerinnsel. Eitrige Punktionflüssigkeit erhält man bei eitriger und epidemischer Meningitis. Von Wichtigkeit ist die Untersuchung des Sedimentes und des Eiweissgehaltes. Hoher Eiweissgehalt in klarer Flüssigkeit spricht für tuberkulöse Meningitis. Bei dieser Krankheit besteht eine charakteristische „Eiweisscurve“, die vom Beginne bis zum Tode gleichmässig ansteigt. Bei eitrigen Processen ist der Eiweissgehalt natürlich erhöht, bei Hirntumoren ist er wechselnd, bei Sinusthrombose erhöht. Bei exsudativen Erkrankungen fehlt der normale Zuckergehalt der Cerebrospinalflüssigkeit. Von erheblicher diagnostischer Wichtigkeit ist die bakteriologische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit. Bei tuberkulöser Meningitis finden sich Tuberkelbacillen, bei eitriger Meningitis Eiterkokken, bei der epidemischen Form Diplokokken aus verschiedenen, nahe verwandten Arten. „Aus dieser Gruppe ragen zwei besonders scharf gekennzeichnete Typen hervor, zwischen denen sich Uebergangsformen als Verbindungsglieder einreihen“ (Typus „Weichselbaum“ und Typus „Heubner“). Die durch die Lumbalpunktion erhobenen Befunde sprechen auch mit dafür, dass es sich bei der sogen. Spitalkachexie häufig um chronisch verlaufende septische Erkrankungen der Säuglinge handelt. Die Infektion des Subarachnoidealsackes kann vom Blute aus auf dem Wege der Sinusthrombose erfolgen. Bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit der Lumbalpunktion ist Pf. der Ansicht, dass sie nicht nur als palliativer und symptomatischer Eingriff anzusehen ist. Unangenehme Zufälle erlebte er nicht. Brückner (Dresden).

128. **Zur Herzdiagnose.** *I. Die systolischen Geräusche;* von Otto Soltmann in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 1. 1898.)

1) *Die accidentellen anämischen systolischen Geräusche* sind bis zum 7. bis 8. Lebensjahre selten und fehlen in den ersten 3 Lebensjahren gänzlich, da ein Missverhältniss zwischen Stromgeschwindigkeit und Ventrikeldruck einerseits und Aorta und Pulmonalis andererseits nicht besteht. Die Dünnwandigkeit und Elasticität der grossen Schlagadern, sowie besonders die grosse Weite am Ursprungstheile der Pulmonalis verhindern das Zustandekommen von Druck- oder Stenosengeräuschen. In der Pubertät, wo sich das Verhältniss des Herzvolumens zur Gefässweite erheblich ändert, treten anämische Geräusche besonders häufig auf. Systolische Geräusche bei anämischen Kindern mit Scrofulose, Pseudoleukämie und Leukämie in den ersten 3—4 Lebensjahren konnte S. in seltenen Fällen beobachten und auf Druck durch Drüsentumoren zurückführen. Bei der Diagnose eines anämischen Geräusches sind folgende Punkte zu berücksichtigen: Es muss eine nennenswerthe Anämie vorhanden sein. Complikationen mit Infektionkrankheiten, die eine Miterkrankung des Herzmuskels wahrscheinlich machen, müssen ausgeschlossen sein. Das Geräusch muss rein systolisch, an der Pulmonalis am lautesten sein. Der 2. Pulmonalton darf nicht accentuirt, die Herzdämpfung nicht verbreitert sein.

2) *Die kardiopulmonalen Herzlungengeräusche* fehlen im 1. und wohl auch im 2. Lebensjahre, wo die Athembewegungen unregelmässig, oberflächlich sind und das Herz freier im Thorax liegt als später. Bei Kindern im 3. bis 4. Jahre sind sie besonders laut, zumeist systolisch, synchron mit der Herzthätigkeit, aber discontinuirlich im Schallcharakter, sowie in der Intensität und Extensität. Sie erscheinen lauter bei verstärkter Athmung, beim Aufsetzen und schwinden bei angehaltenem Athem, bez. werden schwächer in Rückenlage.

3) *Die endokardialen Geräusche.* Das systolische Geräusch an der Spitze und der hebende Charakter des Spitzenstosses sind häufig die einzigen Erscheinungen der Mitralinsufficienz, da die Hypertrophie und Erweiterung des rechten Ventrikels bei jüngeren Kindern überhaupt wegfällt, diejenige des linken Ventrikels auch nicht so erheblich ist wie beim Erwachsenen und perkutorisch im frühen Alter kaum nachzuweisen ist. Compensationstörungen treten erst sehr spät auf.

4) *Die myokardialen systolischen Geräusche* sind eben so deutlich oder stärker an der Basis wie an der Spitze. Die Folgeerscheinungen treten schneller und stärker auf als bei der Mitralinsufficienz. Die Herzverbreiterung tritt bald hervor.

Brückner (Dresden).

129. **Ueber infektiösen Ikterus bei Kindern;** von Dr. A. Kissel. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 235. 1898.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung berichtet K. über 96 Beobachtungen von infektiösem Ikterus, die im Olga-Kinderspitale zu Moskau gemacht wurden. 14 Kinder wurden stationär, 82 poliklinisch behandelt. K. unterscheidet 3 Gruppen: 1) sehr schwere, tödtlich verlaufende Fälle, 2) nicht besonders schwere Fälle, die jedoch deutliche Merkmale einer Infektionkrankheit aufweisen, und 3) leichte Fälle (von denen manche früher katarrhalischer Ikterus genannt worden wären). Er theilt von sämmtlichen Gruppen Beispiele, insgesammt 21, mit. 6 Kinder starben (1 Sektionbefund mit bakteriologischer Untersuchung).

Ueber die Aetiologie vermag K. nicht viel anzugeben. Auffallend war das Ueberwiegen der Erkrankung im Herbst und Winter. Mit Influenza scheint sie nicht in Zusammenhang zu stehen. Bezüglich der klinischen Symptome berichtet K., dass der Beginn der Erkrankung zumeist ein plötzlicher war, mit Fieber, Kopfschmerz, zuweilen auch mit Schüttelfrost. Dazu gesellten sich Appetitlosigkeit, Foetor ex ore, hin und wieder Erbrechen und nach $^1/_2$—1 Woche Gelbsucht. Selten trat der Ikterus gleich am 1. Tage auf. Die Gelbfärbung der Haut erreichte in einer Woche ihren Höhepunkt, um nach 3—8 Wochen wieder zu schwinden. Selten trat nach einiger Zeit wieder eine Zunahme des schwindenden Ikterus mit Fieber, Mattigkeit und Appetitlosigkeit auf. Die Kinder magerten namentlich bei längerer Dauer der Gelbsucht stark ab. Hautjucken war nicht besonders hervortretend. Der Urin enthielt frühzeitig Gallenfarbstoff, selten Eiweiss, niemals geformte Elemente. Bei 3 Kranken war die Harnmenge vermehrt, bei vielen, besonders den schwer Befallenen, vermindert. Die Fäces waren meist ungefärbt, nahmen aber schnell die normale Farbe wieder an. Ihr Wassergehalt war selten vermehrt. Erbrechen wurde einige Male im Beginne beobachtet. Die Leber war fast stets erheblich vergrössert, hart und druckempfindlich. Die Leberschwellung hielt lange an, ging aber (so weit dies verfolgt werden konnte) vollkommen wieder zurück. Eine Vergrösserung der Gallenblase war nur einige Male nachzuweisen. Die Leberschwellung hielt noch lange an, nachdem der Ikterus geschwunden war. Ebenso verhielt sich die Milz. Der Puls war meist beschleunigt, nur in 3 Fällen verlangsamt. Arrhythmie wurde selten beobachtet. Herzschwäche trat nur in den tödtlich verlaufenden Fällen kurz vor dem Tode auf. Fieber bestand fast bei allen Kranken, meist nur kurze Zeit, 2—4 Tage, selten bis zu Wochen. Bei 4 Kr. stellte sich noch eine spätere Temperatursteigerung von 2—7tägiger Dauer ein. Die Dauer der Erkrankung betrug im Mittel 3—4 Wochen. Bei den tödtlich verlaufenden Erkrankungen traten kurz vor dem Ende schwere nervöse Erscheinungen auf, die an Cholämie erinnerten. Die Diagnose war schwierig im Beginne, vor Eintritt des Ikterus. Mit der Prognose soll man vorsichtig sein, zumal

bei schwächlichen Kindern, wenn sich der Ikterus lange hält, die Kinder stark abmagern oder Erregtheit sich einstellt. Die Behandlung bestand im Beginne in der Verordnung von Abführmitteln, namentlich von Calomel, das meist 1—1½ Woche fortgegeben wurde. Später kamen Alkalien zur Verwendung, daneben lauwarme Bäder und Klystire. Bei starker Abmagerung wurde in der fieberfreien Periode Leberthran mit gutem Erfolge angewendet. Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

130. **Ueber die Anwendung der regionären Anästhesie bei grösseren Operationen an den Extremitäten**; von Dr. F. Berndt. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 27. 1899.)

B. theilt 2 Beobachtungen mit (osteoplastische Amputation des Oberschenkels nach Gritti; Exartikulation des Mittelfingers, Spaltung schwerer phlegmonöser Abscesse an Hand und Vorderarm), die zeigen, dass man mit 4—5 cg Cocain völlige Anästhesie an Arm und Bein zu erzielen im Stande ist, wenn man die Lösung möglichst in die unmittelbare Umgebung der grösseren Nervenstämme bringt und eine genügend lange Zeit wartet. Je länger man wartet, desto besser und vollkommener ist die Anästhesie. P. Wagner (Leipzig).

131. **Eine neue Narkosenmethode**; von Prof. J. Geppert. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27—29. 1899.)

Der Grundzug dieses durch Verbindung der Maske mit dem Gasometer gekennzeichneten Verfahrens besteht darin, dass durch einen automatisch wirkenden Apparat eine Luft von hohem, genau bestimmtem Gehalt an Chloroformdampf in scharf regulirbaren Mengen durch einen Schlauch in die Maske eingeführt wird. Eine genauere Beschreibung des Apparates ist ohne Abbildungen unverständlich.

Das Ergebniss der zahlreichen Untersuchungen G.'s ist ein sehr einfaches. Da das Chloroform als Dampf eingeathmet wird, muss es auch in dieser Form dosirt werden. Nur auf diesem Wege ist eine wirkliche Beherrschung der Narkose zu erreichen. P. Wagner (Leipzig).

132. **Experimentelle Beiträge zur Frage nach der Bedeutung 1) der Luftinfektion für die Wundbehandlung, 2) des innergeweblichen Druckes für das Zustandekommen der Wundinfektion**; von Prof. P. L. Friedrich. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 458. 1899.)

Es herrscht zur Zeit Einmüthigkeit darüber, dass wir als unvermeidbare Quellen einer operativen Wundinfektion (abgesehen von dem uns im Wundgebiete begegnenden inficirenden Materiale: Abscessen u. Aehnl.) die Haut des Kranken, des Operateurs und unter Umständen die Luft anzusehen haben; dass alle übrigen, durch versenkte Naht- und Ligaturmaterialien, Verband u. s. w. bedingten, als vermeidbare Infektionen anzusehen sind.

Die Bedeutung der *Infektion durch Keime der Luft* ist in der letzten Zeit wieder mehr in den Vordergrund gedrängt worden. Für die *natürliche* Infektion durch die Luft kommen nur Keime in Betracht, die in der Luft suspensibel, bez. suspendirt sind. Aus dem Munde, vom Haupthaar u. s. w. stammende und während der Operation das Wundgebiet erreichende Bakterien sind nicht zu den Luftkeimen zu rechnen. Die durch sie bedingten Infektionen sind vermeidbar, die durch die Luft nicht.

Wie bei allen Infektionen spielt aber neben der Art und Virulenz der Keime gewiss auch bei den Luftkeimen die Menge eine Rolle. Da nun der verletzte Organismus schon in den ersten Stunden nach einer Verletzung lebhafte Heilungsvorgänge durch Zellenproliferation der fixen Gewebezellen, durch den chemischen Process baktericider Serumwirkung (vielleicht auch durch Mitwirkung der corpuskulären Elemente extravasirten Blutes, insbesondere der Leukocyten) auslöst, so ist es erwünscht, neben der Zahl der in der Zeiteinheit während des Operirens auffallenden Luftkeime ihre Vermehrungsgeschwindigkeit, damit die Bedingungen ihrer Mengenzunahme, mithin der Zunahme der Infektiosität und Infektiongefahr festzustellen. Mehrere Wege führen zum Ziele; das Ergebniss der im Originale genauer geschilderten Versuche ist, dass *bis zur* 7., 8. *Stunde die aus der Luft auffallenden Keime absolut entwickelungslatent bleiben*. Frühestens nach dieser Zeit tritt Vermehrung ein. Hierin liegt ein sehr bedeutender Unterschied gegenüber der Proliferationfähigkeit der an den Warmblüter schon angepassten Bakterien (in Speichel, Eiter, Haut). F. bezeichnet diesen Zustand der Luftbakterien, der erst die bezeichnete Anpassung (Incubationzeit) an feuchte Medien voraussetzt, um zur weiteren Bakterienentwickelung zu führen, als *Trockenzustand* der Luftkeime. In dieser zeitlichen Ueberlegenheit aber des die heilenden Zellenvorgänge einleitenden Organismus gegenüber der Proliferationfähigkeit der Luftkeime sieht F., neben den oben angeführten Thatsachen, einen weiteren Grund dafür, *dass Luftinfektionen bei Operationen, wo jede Contaktinfektion zuverlässig ausgeschlossen ist, das Heilresultat nicht nachweisbar beeinflussen.*

Bei seinen weiteren Versuchen ist F. von der Thatsache ausgegangen, dass die im Bereiche einer Verletzung oder Operation nothwendiger Weise eintretenden Veränderungen des innergeweblichen Druckes von erheblicher *mechanischer* Bedeutung für Entwickelung, Fortschreiten und Behandlung der Infektionen sind. Aus den Versuchen F.'s

muss Folgendes geschlossen werden: Bei empfänglichen Versuchsthieren gelangt höchstvirulenter Milzbrand (Reincultur, Bacillen- und Sporenmaterial) nicht zu inficirender Resorption, wenn jegliche Möglichkeit örtlichen Druckes im Wundgebiete, jegliches bakterielle Widerlager behoben ist. Bakterienresorption tritt erst dann ein, wenn unter der Wirkung von Druck und Gegendruck (auch schon mit Bezug auf das bakterielle Einzelelement) die Bakterienentwickelung vor sich gehen kann; ein Beweis dafür, von wie ausschlaggebender Bedeutung für das Zustandekommen der Infektion die physikalischen Verhältnisse des Wundgebietes selbst sind.

Praktisch ergiebt sich hieraus, dass überall da, wo nach Art der geübten Wundtechnik ein Ansammeln von Sekret im Wundgebiete, die *rasche* Entwickelung von *virulentem* Keimmaterial als ausgeschlossen zu betrachten ist, der exakte Wundverschluss die ideale und für die Heilung zuverlässigste Behandlung bleibt. Ueberall da jedoch, wo Sekretion und damit innergewebliche Druckerhöhung zu erwarten ist oder mit der Fernhaltung rasch entwickelungsfähigen virulenten Bakterienmateriales nicht mit Sicherheit gerechnet werden darf, bez. Zeichen der beginnnden Entwickelung schon nachweisbar sind, hat eine druckentlastende Behandlung, auch mit Rücksicht auf das bakterielle Einzelelement, Platz zu greifen.

P. Wagner (Leipzig).

133. **Ueber die Gangrène foudroyante**; von Dr. F. Hitschmann u. Dr. O. Th. Lindenthal. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 77. 1899.)

Bei ihren Untersuchungen über die *Gangrène foudroyante,* denen 6 Fälle zu Grunde liegen, sind H. und L. zu folgenden Ergebnissen gekommen:

1) Die Gangrène foudroyante ist eine durch fortschreitende Nekrose und primäre Gasbildung im Gewebe ausgezeichnete Wundinfektion. Die Infektion erfolgt zumeist nach Verletzungen, durch Verunreinigung offener Wunden mit Staub und Erde. Sie breitet sich ausserordentlich rasch auf dem Wege der Lymphbahnen aus und tödtet unter dem Bilde einer Intoxikation.

Die Sektion ergiebt entweder nur Degeneration der parenchymatösen Organe oder, wenn die Bakterien vor dem Tode in die Blutbahn gelangt sind, Schaumorgane. Ein Milztumor fehlt.

2) Die reine Form der Gangrène foudroyante ist eine von den Phlegmonen sowohl klinisch und ätiologisch, als auch anatomisch und histologisch ganz verschiedene Infektion; sie stellt im Wesentlichen eine einfache Vergährung des Muskelglykogens und Muskeleiweisses dar und verschont zum grösseren Theile das Bindegewebe, ist daher vorwiegend eine Parenchymerkrankung.

Klinisch verläuft sie ohne die bekannten Zeichen der Entzündung.

Als Frühsymptom tritt Gas im Gewebe auf; man fühlt beim Betasten Knistern, das befallene Glied wird kalt, die Epidermis wird in Blasen abgehoben; die Venen schimmern dunkel durch die Haut durch, die Gewebe sind von einem hämorrhagischen Serum durchtränkt und die dunkelbraune Muskulatur verfällt der Nekrose.

Incisionen und die Untersuchung an der Leiche zeigen, dass Eiterung vollständig fehlt; bei der mikroskopischen Untersuchung sieht man dann, dass auch jede nennenswerthe Infiltration fehlt; das Gewebe ist vielmehr kernlos und die Struktur der Zellen ist bei Erhaltung ihrer äusseren Form verloren gegangen.

3) Mischinfektionen kommen vor und bieten neben den charakteristischen Veränderungen der Gangrène foudroyante, das sind Gasbildung und Nekrose, noch die Zeichen der Entzündung.

4) Die Gangrène foudroyante stellt einen Sammelbegriff dar, unter dem die klinisch, anatomisch und histologisch einheitlichen, ätiologisch aber verschiedenen Infektionen zusammengefasst werden.

Bisher sind als Erreger der Gangrène foudroyante gefunden worden: a) die von Welch und Flexner, von E. Fränkel und den Vff. beschriebenen anaëroben Bacillen; b) die Bacillen des malignen Oedems; c) in sehr seltenen Fällen der Bacillus proteus und d) des Bacterium coli commune bei Diabetes.

5) In klinischer Hinsicht ergiebt sich, dass die Gangrène foudroyante eine der bösartigsten Wundinfektionkrankheiten darstellt. Bei Weitem der grösste Theil der zur Kenntniss gelangten Infektionen war tödtlich; nur einzelne der frühzeitig Amputirten wurden gerettet. Incisionen, sowie die ausgiebige Anwendung von Antisepticis waren ohne Einfluss, indem hierdurch der Process nicht aufgehalten wurde. Frühzeitige Amputation, so lange die Operation noch im gesunden Gewebe möglich ist, erscheint daher als wirksame Therapie.

6) Die klinische Diagnose des Processes lässt sich leicht aus der primären Gasbildung und der fortschreitenden Nekrose stellen; erhärtet wird sie durch die bakteriologische Untersuchung.

P. Wagner (Leipzig).

134. **Erfahrungen über die therapeutische Verwendung überhitzter Luft**; von Prof. F. Krause. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 348. 1899.)

Seit mehr als $1^1/_2$ Jahren verwendet Kr. *heisse Luft zu therapeutischen Zwecken;* die Apparate sind einfach, die Ergebnisse sehr befriedigend. Das Verfahren ist bis jetzt bei mehr als 100 Kranken in Anwendung gezogen worden, und zwar bei Gelenkleiden aus verschiedener Ursache, bei akutem und chronischem Muskelrheumatismus, Lumbago, Ischias, bei den nach Verletzung zurückbleibenden Gelenksteifigkeiten u. s. w. Zwei Drittel der Kranken wurden besser. Die Hauptwirkungen des Ver-

fahrens werden offenbar durch die starke Ableitung auf die Haut hervorgebracht; alte entzündliche Ausschwitzungen gelangen zur Resorption. Dadurch werden nicht allein die Schmerzen in Gelenken, Muskeln und Knochen verringert und beseitigt, sondern auch die Bewegungen freier. Haben sich freilich bereits ernstere anatomische Veränderungen in den Bandapparaten, den Muskeln und Sehnen, z. B. bindegewebige Schwielen u. dgl., entwickelt, so wird man vollkommene Rückbildung nicht erwarten dürfen; aber selbst in solchen Fällen hat Kr. erhebliche Besserungen, Nachlassen der Schwellung, Aufhören der Schmerzen und freiere Beweglichkeit eintreten sehen.

P. Wagner (Leipzig).

135. **Ueber Operationshandschuhe**; von Dr. H. Schloffer. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 85. 1899.)

Schl. theilt Versuche mit, die er mit den in der Wölfler'schen Klinik verwendeten *antiseptischen Operationhandschuhen* angestellt hat, d. h. gewöhnlichen Militärhandschuhen, die nach gründlicher Desinfektion mit $^1/_{2000}$ Sublimat oder 1proc. Lysol durchtränkt zur Operation genommen werden. Aus den verschiedenen Versuchen, deren Einzelheiten im Originale nachgelesen werden müssen, ergiebt sich, dass der antiseptische Handschuh die Gefahren, die von Seiten der Hand des Arztes den Wunden drohen, ganz erheblich herabdrücken kann. Die Ergebnisse dieser Versuche stimmen vollkommen überein mit den praktischen Erfolgen, die in der Verbesserung der Wundbehandlung seit Verwendung der Handschuhe erzielt worden sind.

P. Wagner (Leipzig).

136. **Zur Verwendung gestielter Hautlappen**; von Dr. J. Miller. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 250. 1899.)

M. theilt aus dem Lauenstein'schen Krankenhause 3 Fälle mit, in denen traumatische Defekte an den Armen oder Beinen durch gestielte Hautlappen von der Bauch-, bez. Wadenhaut mit gutem Erfolge gedeckt wurden. Den 3 Fällen gemeinsam ist der Umstand, dass die zur Heilung zu bringende Wundfläche so gelegen war, dass sie ohne zu grosse Unbequemlichkeit für den Kranken an eine entferntere Körpergegend herangebracht werden konnte.

P. Wagner (Leipzig).

137. **Histologische Untersuchungen über die Anheilung Krause'scher Hautlappen**; von Dr. W. Braun. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 340. 1899.)

Br. hat *histologische Untersuchungen über die Anheilung Krause'scher ungestielter Hautlappen* angestellt. Aus den genau mitgetheilten und durch eine Tafel mit Abbildungen erläuterten histologischen Befunden, die zu den verschiedensten Zeiten nach der Transplantation ungestielter Hautlappen, in einer Zeit von 4 Tagen bis zu $3^1/_4$ Jahren, erhoben sind, folgt, dass bei einer strengen Durchführung der von Krause angegebenen Operation, das erstrebte Ziel, möglichst normale Cutis zu schaffen, vollständig, und zwar dadurch erreicht wird, dass die überpflanzten Lappen sich fast in toto erhalten.

„Wir halten uns auch nach dem histologischen Ergebnisse für berechtigt, die Ueberpflanzung ungestielter Hautlappen in besonders schweren Fällen vorzunehmen. Das sind die Fälle, in denen nach den im Altonaer Krankenhause gesammelten Erfahrungen die Thiersch'sche Transplantation, welche auch bei uns im Uebrigen die Cardinalmethode darstellt, keine dauernd guten Resultate giebt."

P. Wagner (Leipzig).

138. **Ueber Schädeloperationen bei Epilepsie**; von Dr. Matthiolius. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 1. 1899.)

Im Anschlusse an die Arbeiten von Braun und Graf über die Trepanation bei der traumatischen Jackson'schen Epilepsie giebt M. auf Grund der seit 1889 mitgetheilten Fälle einen Bericht über die *Trepanation bei allgemeiner Epilepsie nach Trauma und bei durch Erkrankungen des Gehirns veranlasster Jackson'scher Epilepsie.*

Zunächst theilt M. 4. hierhergehörige Fälle aus der Braun'schen Klinik mit.

1) 32jähr. Mann. Nicht traumatische Jackson'sche Epilepsie. Entfernung der elektrisch bestimmten Centren des Krampfbeginnes. *Keine Besserung.*

2) 42jähr. Frau. Nicht traumatische Jackson'sche Epilepsie. Eröffnung des Schädels nach W. Wagner: ausgedehnte Geschwulst (Sarkom). Versuch der Exstirpation wegen Blutung abgebrochen. *Krämpfe nicht beeinflusst.*

3) 28jähr. Mann. Traumatische allgemeine Epilepsie. Beseitigung eines mit der Dura verwachsenen Knochensplitters der Tab. interna. *Heilung.*

4) $14^1/_2$jähr. Mädchen. Traumatische allgemeine Epilepsie. Wagner'sche Operation. Einlegen von Protektiv. *Zu kurz beobachtete Besserung.*

Mit Einschluss dieser Beobachtungen hat M. 164 Fälle zusammengestellt: 89 mit *nicht traumatischer Jackson'scher (partieller) Epilepsie;* 52 mit *traumatischer allgemeiner Epilepsie* und 23 mit *nicht traumatischer allgemeiner Epilepsie.*

Durch Zusammenfassen der von Braun und Graf mitgetheilten, etwa seit 1889 in der Literatur bekannt gewordenen Trepanationen bei traumatischer Jackson'scher Epilepsie können wir uns ein Urtheil aus 169 derartigen Fällen bilden. Es ergeben sich 23% Heilungen im weiteren Sinne und 17.8% Besserungen; mit anderen Worten 40.8% Erfolge, denen 59.2% Misserfolge entgegen zu halten sind.

Dem gegenüber stehen die von M. zusammengestellten 164 Fälle, in denen wegen anderweitiger Formen der Epilepsie eine Schädeloperation vorgenommen wurde. In 51 dieser Fälle (31.1%) wird entweder mitgetheilt, dass die Operation erfolglos war in Bezug auf die Krampfanfälle, oder aber es gestattet das Schweigen des Bericht-

erstatters über die weiteren Folgen keinen Schluss auf einen Erfolg. Zu kurze Zeit (weniger als $^1/_2$ Jahr) wurde der Erfolg bei 33 Kranken (20.1%) verfolgt; es lässt sich daher kein abschliessendes Urtheil über den Einfluss der Operation bei ihnen fällen. Als gebessert sind 25 Operirte (15.2%), und zwar 3 vorübergehend und 22 dauernd anzusehen. Als geheilt bezeichnen die Autoren 24 Kranke (14.6%); von diesen wurden 3 über 3 Jahre, ausserdem 13 über 1 Jahr und 8 noch über $^1/_2$ Jahr nachbeobachtet. 31 Kranke erlagen der Operation (18.9%). Es stehen also hierbei 29.8% erfolgreich Operirte 70.2% gegenüber, bei denen die Operation versagte. Bei Vermeidung einiger Doppeltzählungen liegen aus den letzten Jahren insgesammt 327 Fälle von operirter Epilepsie vor. Von diesen Kranken sind als geheilt bezeichnet oder im weiteren Sinne anzusehen 61 = 18.7%; als gebessert durch die Operation 53 = 16.3%; negativen Erfolg hatte diese bei 81 = 24.8%; fraglichen oder zu kurz beobachteten bei 93 = 28.9%; Todesfälle finden sich 39 = 11.9%. Es ergeben sich hieraus mithin im Ganzen 114 = 34.9% Erfolge gegenüber 213 = 65.1% Misserfolgen.

P. Wagner (Leipzig).

139. **Beitrag zur Trepanation bei Epilepsie**; von Dr. Höfer. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 709. 1899.)

Die in der Münchener chirurg. Klinik in den Jahren 1893—1896 *operativ behandelten 10 Epileptiker* scheiden sich in 3 verschiedene Gruppen:

I. 4 Fälle von *Jackson-Epilepsie ohne vorausgegangenes Trauma.* Sämmtliche 4 Kranke, bei denen sich der operative Eingriff lediglich auf eine Freilegung des normal erscheinenden Gehirns beschränkte, blieben *ungeheilt.*

II. 2 Fälle von *traumatischer Jackson-Epilepsie.* Bei dem einen Kranken trat trotz Abmeisselung der gesplitterten Lamina int. keine Heilung ein; der andere Kranke starb an Nachblutung und Gehirncompression.

III. 3 Fälle von *allgemeiner Epilepsie nach Trauma,* denen 1 Fall mit epileptischen Aequivalenten im Anschlusse an ein Trauma anzureihen wäre. Nur in 2 Fällen, darunter dem zuletzt erwähnten, trat eine dauernde wesentliche Besserung ein.

Die Arbeit „bestätigt die schon so vielfach gemachte Erfahrung von den geringen Aussichten, die die *nicht traumatische Jackson-Epilepsie* bei fehlenden grob anatomischen Veränderungen an der Hirnrinde — wenigstens für die einfache Trepanation — bietet und legt deshalb für solche Fälle den Gedanken nahe, das Horsley'sche Verfahren der elektrischen Bestimmung und Excision des primären Krampfcentrums zu versuchen".

„Sie vermehrt zweitens die zahlreiche Casuistik der erfolglos trepanirten *traumatischen Jackson-Epilepsie* um zwei weitere Fälle und liefert bezüglich der *allgemeinen traumatischen Epilepsie* wiederum ein paar Belege für die vielfachen entmuthigenden Erfahrungen, die die Chirurgie bei dieser Form zu verzeichnen hat. Andererseits zeigt sie, dass auch *psychische epileptische Aequivalente nach Trauma* unter Umständen mit Aussicht auf Erfolg der chirurgischen Behandlung unterworfen werden können."

„Hinsichtlich der *Gefahren der Trepanation* liefert unser Material einen werthvollen und gleichzeitig warnenden Beitrag, der beweist, dass die Möglichkeit einer tödtlichen Nachblutung trotz ihres anscheinend relativ seltenen Vorkommens doch sehr zu berücksichtigen ist."

P. Wagner (Leipzig).

140. **Ueber einige Bedingungen operativer Heilung der Epilepsie**; von Th. Kocher. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 57. 1899.)

Nach den gründlichen Untersuchungen von Graf und Braun ist die Zahl über 3 Jahre sicher geheilt gebliebener *Epileptiker* auf 2—4% heruntergegangen. Angesichts dieser ungünstigen Resultate hat sich K. gefragt, ob nicht vielleicht *unsere Operationmethoden einer Verbesserung fähig seien.* Der neueste Schritt zur Verbesserung scheint nach v. Bergmann der zu sein, dass als sicherstes Mittel die *Rindenexcision* gemacht wird, d. h. die Entfernung des makroskopisch unveränderten Centrum, von dem die Entladung ausgeht.

K. hat seit Anfang der 80er Jahre seine Operationen auf Grund einer *Theorie* ausgeführt, die er sich nach eigenen Beobachtungen gebildet hat; er hat dabei 8 Heilungen erzielt, die bedeutend länger als 3 Jahre Bestand gehabt haben. Wenn wir in einer Reihe von Fällen Knochensplitter, Cysten, Narben als Ursachen der Epilepsie gelten lassen, weil ihre Entfernung die Krankheit beseitigt, so giebt es dann noch eine weitere, eben so gut gestützte Ursache der epileptischen Krämpfe, die nicht allgemein bekannt und anerkannt ist, nämlich die *lokal oder allgemein erhöhte intracranielle Spannung.* Wenn man die Resultate vergleicht bei den Trepanationen, wo keine der erstgenannten mechanischen Ursachen gefunden wurde, *ohne und mit Duraspaltung* oder -Excision, so ergiebt sich da eine sehr beträchtliche Differenz: blos 14.2% Heilungen gegen 57.1% Misserfolge *ohne* Duraspaltung; dagegen 54.7% Heilungen gegen blos 9.5% Misserfolge da, wo die Dura gespalten worden ist. Es muss also die *Duraspaltung einen wesentlichen Heilerfolg* haben, der vielleicht auch bei der Excision der Rindencentren die Hauptrolle spielt. *Die Duraspaltung ist in der Hauptsache als eine Ventilbildung aufzufassen, um Druckschwankungen rasch auszugleichen.*

K. hat seine geheilten Kranken und die mit Recidiv einer genauen Prüfung unterzogen und dabei gefunden, *dass die geheilten Epileptiker ein Ventil beibehalten haben,* das sich auf die Dauer bewährt hat.

„Die Verschlussmembran ist vollkommen weich und frei beweglich geblieben, so dass sie bei Druckerniedrigung einsinkt, bei Druckerhöhung sich vorwölbt, während bei den nicht Geheilten und Recidivirten die Schlussöffnung ganz oder zum grossen Theile verschlossen ist, entweder knöchern oder durch so eine stramme Narbenmasse, dass dieselbe Unnachgiebigkeit resultirt, wie bei Knochenverschluss. Die Bedeutung dieser Thatsache wird dadurch erhöht, dass ein ganz ähnliches Resultat sich ergiebt, wenn man Schädeltraumen vergleicht, die mit und ohne Knochen-Duradefekte verlaufen sind."

Nach diesen Erörterungen erscheint es gerathen, bei jeder Operation wegen Epilepsie, auch wenn man das Glück hat, die gewöhnlichen Ursachen traumatischer Epilepsie in Form von Splittern, Narben und Cysten zu finden und beseitigen zu können, auf die von K. nunmehr sichergestellte weitere Ursache Rücksicht zu nehmen und die Operation so einzurichten, dass man auch die *lokale und allgemeine Vermehrung der intracraniellen Spannung* berücksichtigt. P. Wagner (Leipzig).

141. **Beitrag zur Lehre der Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe mittelst des Schweizerischen Repetir-Gewehrs Mod. 1889**; von Prof. Kroenlein. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 67. 1899.)

Im Allgemeinen herrscht die Ansicht (und sie stützt sich auf eine grosse Zahl einwandfreier Beobachtungen), dass bei einem Schusse aus unmittelbarer Nähe durch den Schädel aus einem der modernen Gewehre mit ihren Mantelgeschossen eine ausgedehnte Zertrümmerung der Schädelkapsel und eine nicht minder gewaltige Zerstörung der Hirnmasse erfolge, so dass letztere oft nur noch als ein blutiger Hirnbrei und einzelne Hirnfetzen erscheint. Alles das zugegeben, so muss doch hervorgehoben werden, dass nach 2 Richtungen hin diese aus den Leichenexperimenten und der klinischen Beobachtung gewonnene Anschauung eine wesentliche Einschränkung erleiden kann, einmal in morphologischer Beziehung und ferner mit Rücksicht auf die Prognose solcher Schädel-Hirnschüsse. Kr. ist in der Lage, über 4 Fälle von Schädel-Hirnschüssen aus unmittelbarer Nähe berichten zu können, die das Gesagte trefflich illustriren. Die Schussbedingungen waren insofern bei allen 4 Verletzungen dieselben, als stets nur das schweizerische Repetirgewehr Modell 1889 zur Anwendung kam, und der Schuss von den Selbstmördern immer aus nächster Nähe (à bout portant) gegen Schädel und Gehirn abgefeuert wurde. Ohne Ausnahme bestand die Munition aus der schweizerischen Ordonnanzpatrone, die zu dem Repetirgewehr von 7.5 mm Caliber und 600 m Anfangsgeschwindigkeit gehört. Die ganze Patrone wiegt 27.5 g; das Geschoss, aus Hartblei und vorn mit einer vernickelten Stahlkappe gepanzert, wiegt 13.8 g.

1) 32jähr. Mann. Selbstmord. Schuss in die linke Schläfengegend. 2 Fuss vom Kopfe der Leiche entfernt lagen in einem Stücke die beiden Grosshirnhemisphären auf dem Grase, mit der Convexität nach oben; 1 m weiter noch das Kleinhirn, von dem aber nur die eine Hemisphäre vollständig erhalten, die andere dagegen zertrümmert war. Der Schädel war rechts an der Convexität weit aufgerissen, so dass man in die fast völlig leere, nur einige Krusten eingetrockneten Blutes enthaltende Schädelhöhle hineinsehen konnte.

2) 25jähr. Mann. Selbstmordversuch. Einschuss in der linken Schläfengegend, unmittelbar nach oben und aussen von dem linken Auge; Ausschuss in der rechten Schläfengegend. Linkes Auge vollständig zertrümmert. Hirnausfluss aus der Ausschussöffnung. *Heilung.*

Das Ungewöhnliche in diesem Falle ist, dass ein kleincalibriges Stahlkappenprojektil à bout portant abgefeuert, den vorderen Pol des Schädelsphäroids und das Stirnbein perforiren konnte, ohne dass es zu der gewöhnlichen Sprengwirkung kam und ohne dass der Pat. auch nur einen Augenblick das Bewusstsein verlor.

Zwei weitere Beobachtungen zeigen das bekannte Bild ausgedehnter Schädelzersprengung und Hirnzertrümmerung und sind, mit den oben mitgetheilten Fällen verglichen, insofern von Interesse, als sie beweisen, *dass dieselbe Schusswaffe, unter scheinbar sehr ähnlichen Aussenbedingungen, doch ausserordentlich verschiedene Wirkungen am Schädel und Gehirn des lebenden Menschen erzeugen kann, je nach der Lokalisation und der Richtung des Schusskanales.*

In einem Nachtrage theilt Kr. noch einen 5. Fall von *Schädelschussverletzung* mit, der an die an erster Stelle mitgetheilte Beobachtung erinnert. P. Wagner (Leipzig).

142. **Zur oto-chirurgischen Anatomie des Schläfenbeines**; von Dr. W. Okada. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 694. 1899.)

O. hat an 111 Schädeln die *anatomischen Verhältnisse des Schläfenbeines in Bezug auf oto-chirurgische Eingriffe* untersucht. Wir können hier nur einige der wichtigsten praktischen Schlussfolgerungen wiedergeben. Die sogen. *„gefährlichen Schläfenbeine"*, die sich durch die kleine Distanz zwischen dem Sulcus transversus und der äusseren Operationstelle auszeichnen, kommen auf der rechten Seite des Schädels bedeutend häufiger vor, als auf der linken, ferner bedeutend häufiger bei kleinen Warzenfortsätzen (sowohl der Flächendimension, als auch der Aussenweite nach), als bei grösseren Warzenfortsätzen. Am Wesentlichsten aber ist ihre Abhängigkeit von der Beschaffenheit des Warzenfortsatzes, die darin besteht, dass bei den Warzenfortsätzen der sogen. gefährlichen Schläfenbeine das Planum mastoid. mit der Achse des äusseren Gehörganges einen Winkel bildet. Solche gefährliche Warzenfortsätze werden *„Processus mastoideus infantilis"* genannt, weil sie eine grosse Aehnlichkeit mit denen an Kinderschläfenbeinen besitzen, die stets eine kleinere Distanz zwischen der Sulcus und der Operationstelle haben. Man muss also

ein gefährliches Schläfenbein erwarten: a) wenn eine Operation am rechten Warzenfortsatze stattfindet; b) wenn der Warzenfortsatz sowohl der Flächendimension, als auch der Aussenweite nach sehr klein ist; c) wenn ein Processus mastoideus infantilis vorhanden ist; d) wenn der Kranke jünger als 13 Jahre ist; e) wenn die Spina supra meatum bedeutend medianwärts steht. Endlich ist bei weiblichen Individuen bei der Operation grössere Vorsicht geboten als bei männlichen.

P. Wagner (Leipzig).

143. **Ein Beitrag zur Kenntniss des otitischen Hirnabscesses**; von Dr. W. Merckens. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 1 u. 2. p. 157. 1899.)

Otitische Hirnabscesse sind in den letzten Jahren immer mehr Gegenstand operativer Eingriffe geworden. Körner zählt bereits 92 Operationen auf, von denen 41 tödtlich verliefen. Die immerhin noch hohe Mortalität ist zum grossen Theile bedingt durch die Schwierigkeit der Diagnose, die öfters erst dann, wenn die Zeit für eine Operation bereits verstrichen ist, in manchen Fällen überhaupt nicht, mit Sicherheit gestellt werden kann.

M. theilt aus der Sonnenburg'schen Abtheilung eine Beobachtung mit, bei der eine sichere Diagnose möglich war.

Der 32jähr. Kr. litt seit frühester Jugend aus unbekannter Ursache an linkseitigem Ohrlaufen. Vor 3 Mon. wurden Polypen aus dem linken Ohre entfernt; vor 5 Wochen: Radikaloperation. Seitdem linkseitige Kopfschmerzen; seit 2 Tagen tiefes Koma. Ungleichheit der Pupillen; gekreuzte Parese der Glieder. Sofortige *Operation*. Ausmeisselung eines thalergrossen Knochenstückes oberhalb des linken Gehörganges. Nach Spaltung der Dura und Hirnrinde quoll stinkender Eiter in starkem Strahle hervor. Mit dem Finger kam man in eine gänseeigrosse Abscesshöhle und konnte die obere Fläche der Pyramiden abtasten. Tamponade mit Jodoformgaze. Während der ganzen Operation mussten nach Vornahme der Tracheotomie künstliche Athembewegungen gemacht werden. *Tod* nach 12 Stunden. In dem *Eiter* fanden sich Bacillen, die M. als *Typhusbacillen* anspricht.

P. Wagner (Leipzig).

144. **Krankengeschichten und Heilausgänge nach Resektion und Exstirpation des Ganglion Gasseri. Neuralgie-Recidiv nach Ganglion-Exstirpation**; von Prof. P. L. Friedrich. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 360. 1899.)

Fr. theilt zunächst folgende 3 Beobachtungen ausführlich mit.

1) 55jähr. Kr. Neuralgie des linken 2. und 3. Astes. Bereits 2mal Operationen bis an die Schädelbasis. *Resektion des Ganglion. Heilung* noch 19 Monate nach der Operation festgestellt.

2) 64jähr. Frau. Neuralgie des ganzen linken Trigeminusgebietes. Die Kr. hat vier extracranielle Voroperationen durchgemacht. *Exstirpation des Ganglion. Recidiv der Neuralgie im ganzen Gebiete des linken Trigeminus.*

3) 76jähr. Frau. Neuralgie des 2. und 3. Astes rechts. Mehrfache Voroperationen. *Resektion des Ganglion Gasseri. Heilung* 18 Monate lang festgestellt.

Fr. bespricht zunächst die verschiedenen Möglichkeiten, wie in dem 2. Falle das *Recidiv* wohl zu erklären sein möchte, und geht dann weiterhin auf die *Blutung bei der Operation* ein. Die Operationen Fr.'s haben gezeigt, dass 1) das Herankommen an das Ganglion sich zu einem geradezu spielend leichten Manöver dann gestaltete, wenn in Folge früherer Unterbindung der Maxillaris int. die Meningea verödet war; 2) dass die Meningea-Blutung im 3. Falle (Ausreissung aus dem Foramen spinosum) einen bedrohlichen Umfang annahm, durch Einführen einer Silbersonde in's Foramen spinos. aber sicher zu stillen war, und dass die Entfernung dieser Sonde am 2. Tage nach der Operation durch die Hautwunde sich ohne jeglichen Zwischenfall vollziehen liess; 3) dass im Falle 2 der nothwendigen Tamponade wegen der venösen Blutungen an der Basis eine Wochen lang anhaltende Oculomotorius-Drucklähmung folgte.

Für zukünftige Operationen möchte Fr. die *präliminare Freilegung der Carotis ext.*, die Fowler bereits empfohlen hat, erneut in Erwägung ziehen.

P. Wagner (Leipzig).

145. **Ueber Nervenregeneration nach Exstirpation des Ganglion Gasseri als Ursache recidivirender Trigeminus-Neuralgie**; von Prof. Garrè. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 379. 1899.)

G. theilt einen Fall von *Trigeminusneuralgie* mit, in dem nach Resektion des 3. Astes an der Schädelbasis ein Recidiv zur Exstirpation des Ganglion Gasseri Veranlassung gab. Als nach circa 3 Jahren die Schmerzen im Gebiete des 3. und 2. Astes wiederkehrten, wurden die schon resecirten Nervenstämme wieder aufgesucht; sie hatten sich regenerirt, und mikroskopisch waren normale Nervenfasern ohne Degeneration nachweisbar.

J. W., 65jähr. Herr mit rechtseitiger Trigeminusneuralgie. Linke Seite blieb ganz frei. Alle folgenden Operationen betrafen ausschliesslich die rechte Seite.

Juli 1890 Resektion des N. mandibularis; Mai 1891 Recidiv. Februar 1892 2. Resektion des N. mandib. an der Schädelbasis (Madelung). Mai 1895 Exstirpation des Gangl. Gasseri, hierauf 1 Jahr schmerzfrei, dann Schmerz im Gebiete des 3. und 2. Astes. August 1896 Aufklappen des Knochenlappens vom Schädel zur Revision des Foramen ovale und rotundum. Dünne (Nerven-?) Fasern entfernt. Foramen ovale mit abgemeisselten Knochenstückchen fest zugestopft. $1^1/_2$ Jahr schmerzfrei, dann Recidiv.

März 1898 Neurexairese des Nervus infraorbitalis; November 1898 Recidiv im Gebiete des 2. Astes mit Tic convulsif; Wiederholung der Resektion des N. infraorbitalis (nach Wagner), der partiell regenerirt war und mehrere ganz intakte Nervenstämmchen ohne Degeneration aufwies. Wegen andauernder Neuralgie im Gebiete des 3. Astes wurde im December 1898 auch der Mandibularis zum 3. Mal aufgesucht und zum 3. (bez. 4. Mal!) resecirt. Das 6—7 cm lange Nervenstück von normaler Dicke des N. ling. zeigte, nach Marchi gefärbt, im ganzen Verlaufe viele Nervenstämmchen mit regelrechtem Endo- und Perineurium, ohne Degeneration. Vorläufig ist der Pat. schmerzfrei geblieben.

Das aussergewöhnliche Interesse, das der im Vorstehenden geschilderte Fall bietet, liegt in dem Umstande, dass *trotz Resektion des Ganglion Gas-*

seri der 3. und 2. Ast des Trigeminus, der letztere sogar zweimal, in toto sich regenerirt haben.

Nach unseren bisherigen Kenntnissen von der Nervenphysiologie und -Pathologie ist eine Regeneration ohne Verbindung mit dem Centralorgane undenkbar. Es bleibt also nur die Annahme übrig, dass die Regeneration durch Vermittelung anderer collateralen Nervenbahnen zu Stande gekommen ist, und dass damit das sensible Trigeminuscentrum gewissermaassen auf Umwegen mit der Peripherie sich in Verbindung gesetzt hat.

Thiersch und Horsley hielten es für festgestellt, dass die Neuralgien auf Veränderungen der peripherischen Nerven beruhen, und dafür liefert nach G.'s Ansicht der vorliegende Fall einen neuen wichtigen Beleg. P. Wagner (Leipzig).

146. **Beitrag zur Aktinomykose des Schädelinneren**; von Dr. F. de Quervain. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 380. 1899.)

Bei einer 38jähr., abgesehen von einer leichten intermittirenden Otorrhöe gesunden Frau, trat unter Fiebererscheinungen heftiger Schmerz hinter dem rechten Auge, dann rechts Trigeminusneuralgie und kurz darauf Abducenslähmung auf. Trepanation des Antrum und Entfernung der cariösen Gehörknöchelchen. Postoperative Facialisparese; kurzdauernde Besserung der Neuralgie. Dann Trigeminusneuralgie beiderseits, Oculomotoriusparese links. Kiefersperre, ohne irgend welche nachweisbare Erkrankung des Kieferskelettes. Dann vorübergehende Besserung, bis Schmerzen im linken Ohre auftraten, begleitet von Schiefhaltung des Kopfes im Sinne eines linken Torticollis. Bald darauf Erscheinen einer derben Schwellung an der linken Halsseite, in der sich der *Aktinomyces* in Reincultur nachweisen liess. Jodkaliumbehandlung. Die mittlerweile auch rechts aufgetretene Schwellung ging daraufhin beiderseits zurück, mit Zurücklassung von Fisteln. Auftreten von Stauungpapille; zunehmende Kachexie; Somnolenz; *Tod.*

Die *Sektion* ergab neben alten aktinomykotischen Veränderungen an der Schädelbasis und am Halse eine *aktinomykotische Meningitis.*

Die *Eintrittspforte* konnte nicht ermittelt werden. Entweder sind die Krankheiterreger durch die Mund- und Rachenhöhle eingedrungen, ohne an der Eintrittspforte eine primäre Läsion zu hinterlassen, oder sie waren, da früher eine Mittelohreiterung bestanden hatte, im Mittelohr latent vorhanden gewesen und in Folge einer Sekretstauung weiter gewandert. In dem Meningitiseiter fanden sich neben dem Aktinomyces spärliche weisse Staphylokokken, die nach de Qu.'s Meinung aber durch Verunreinigung hineingekommen sind. P. Wagner (Leipzig).

147. **Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopfe, Halse, Nacken und linken Arme, infolge von Compression des Unterleibes**; von Prof. H. Braun. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 599. 1899.)

Vor Kurzem hat Perthes (Jahrbb. CCLXII. p. 254) eine Mittheilung über ausgedehnte Blutextravasate am Kopfe in Folge von Compression des Thorax gemacht. Hierdurch wurde Br. veranlasst, jetzt noch wegen der grossen Aehnlichkeit der Symptome eine mehr als 20 Jahre alte Beobachtung zu veröffentlichen, bei der bei einem 20jähr. Kranken *durch Compression des Unterleibes neben ausgedehnten Blutaustritten in die Haut des Gesichtes, des Halses, des Nackens und des linken Armes* eine starke Erweiterung der Pupille und eine vorübergehende Albuminurie entstanden waren. Da bei dem Kranken nachweisbar keine Verletzung des Kopfes und keine besonders starke Compression des Thorax stattgefunden hatte, wurden diese Erscheinungen auf die starke Quetschung des Unterleibes bezogen, die momentan eine starke Verschiebung der Baucheingeweide nach oben und eine Hinaufdrängung des Zwerchfelles bewirkt und damit zu einer plötzlichen Rückstauung des Blutes in die klappenlosen Venen des Kopfes und zur Entstehung von Blutungen Anlass gegeben hatte.

In der Literatur hat Br. nur noch 2 ähnliche Beobachtungen von Vogt und Hueter vorgefunden. Nach der Meinung Hueter's könnte man ausser an eine mechanische Entstehung auch noch an eine Quetschung des N. sympathicus in der Bauchhöhle denken, die zu einer Lähmung der Gefässwände im Bereiche des Halssympathicus Veranlassung gegeben hätte. Ob durch eine Compression des Thorax allein ebenfalls die Blutungen eintreten, ist nach der Mittheilung von Perthes zwar wahrscheinlich, jedoch nicht vollkommen sicher; da nach der Art der Verletzung möglicher Weise bei seinem Kranken gleichzeitig auch eine Compression des Unterleibes stattgefunden haben könnte. P. Wagner (Leipzig).

148. **Die Schussverletzungen des Herzbeutels**; von Dr. Eichel. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 1. 1899.)

E. beschränkt sich auf die *Schussverletzungen des Herzbeutels,* die nicht durch Wunden des Herzens complicirt sind, und lässt auch jene Fälle ausser Betracht, die durch eine Verletzung der Organe im Mediastinum post. oder der Bauchhöhle sofort tödtlich geendet haben. Dagegen haben in der Statistik auch Fälle Aufnahme gefunden, in denen die den vorderen Theil des Herzbeutels deckenden Lungenränder mit verletzt waren. Bei den ausserordentlich verschiedenen Verhältnissen, die die vorderen Lungenränder in ihrem Verhalten zum Herzbeutel bieten, mussten sie mit in Betracht gezogen werden.

E. schickt zunächst eine von vielen Abbildungen begleitete *anatomische Beschreibung der in Betracht kommenden Theile* voraus, insbesondere der Lageverhältnisse des Herzbeutels zu den Pleuren und dem Zwerchfell.

Alle Beobachtungen der Literatur hat E. in 3 Rubriken untergebracht: 1) *Dem Verlaufe nach wahrscheinliche Fälle:* 16, bez. 19. 2) *Durch Sektion bestätigte Fälle:* 4. 3) *Durch Operation sicher-*

gestellte Fälle: 4. Unter diesen letzteren findet sich auch eine eigene Beobachtung E.'s.

Der 18jähr. Kr. schoss sich mit einem 7 mm Revolver gegen die Brust. Im Verlaufe der Beobachtung stellte sich ein Exsudat im Herzbeutel ein, das nach Resektion eines Stückes Brustbein und der angrenzenden Rippenknorpel abgelassen wurde. Die Herzbeutelwunde wurde erweitert und man konnte das Herz in seinem vorliegenden Theile deutlich sehen und mit dem Finger bequem abtasten. Eine Verletzung des Herzens war nicht nachweisbar, eben so wenig war ein Loch an der hinteren Wand des Herzbeutels zu finden. Das Geschoss konnte auch mit Röntgenstrahlen nicht nachgewiesen werden. *Heilung.*

Die *Diagnose* einer Schussverletzung des Herzbeutels lässt sich unter Berücksichtigung des Sitzes der Wunde stellen 1) aus der Vergrösserung der Herzdämpfung; 2) aus dem Ersatze der Herzdämpfung durch eine den Herzgrenzen entsprechende Zone tympanitischen Schalles. Ob mit der Verletzung des Herzbeutels eine Wunde des Herzens verbunden ist, lässt sich durch die perkutorische und auskultatorische Untersuchung nicht bestimmen.

Der *Verlauf* der Schussverletzungen des Herzbeutels hängt im Wesentlichen davon ab, ob mit dem Geschosse Eitererreger in die Wunde gekommen sind oder nicht. In 17 Fällen bestanden *Complikationen* von Seiten der Lungen.

Die *Behandlung* der Herzbeutelschussverletzungen muss im Allgemeinen eine abwartende sein. In dem Frühstadium kann uns nur ein Bluterguss in den Herzbeutel, der so gross ist, dass er das Herz durch Compression an seiner Thätigkeit hindert, zu einem Eingriffe veranlassen. Die einzige Operation, die in Frage kommt, ist bei *starkem perikardialen Exsudate* die breite Eröffnung des Herzbeutels, die *Perikardiotomie.* Es dürfte sich in allen Fällen empfehlen, so zu operiren, dass der Einschuss in die Wunde fällt. Nach der Eröffnung ist die Herzbeutelwunde offen zu erhalten, bis die Sekretion im Herzbeutel zum Normalen zurückkehrt.

Die Complikationen der Herzbeutelschussverletzungen von Seiten der Lungen werden nach den allgemein anerkannten Grundsätzen behandelt. Exsudate werden je nach ihrer Grösse und Beschaffenheit durch Aspiration oder Thorakocentese zu entleeren sein. Bei *Mitbetheiligung der Bauchhöhle* ist diese möglichst frühzeitig zu eröffnen.

P. Wagner (Leipzig).

149. **Ein Beitrag zur Behandlung alter Empyeme mittels ausgedehnter Thorakoplastik**; von Dr. M. Gerulanos. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 550. 1899.)

Es wird ein Fall von tuberkulösem Empyem des linken Thorax mitgetheilt, in dem eine ausgedehnte Thorakoplastik Ausheilung des Empyems und Stillstand des tuberkulösen Processes innerhalb der geschrumpften Lunge zur Folge hatte. Bei einem 28jähr. Kaufmann wurde im April 1896 ein seit ca. 1 Jahre bestehendes Empyem der linken Thoraxseite mittels Rippenresektion operirt. Bei der vollkommenen Schrumpfung der Lunge war auf deren Wiederausdehnung nicht zu hoffen, weshalb 8 Wochen später zur Thorakoplastik geschritten wurde (Prof. Helferich). Es wurde unter Bildung eines vorderen Haut-Muskellappens die linkseitige Brustwand von der 3. bis zur 10. Rippe, in einer Länge der Rippen von 8 cm (3. Rippe) bis 16 cm (10. Rippe) mittels Knochenzange, bez. Bogensäge entfernt, der Haut-Muskellappen an Zwerchfellkuppel, Perikard und Mediastinum angelegt. Der Lappen heilte an, so dass nur in der Tiefe der Achsel, entsprechend der geschrumpften, zurückgebliebenen Lunge, nachträglich eine tuberkulöse Fistel sich bildete, die öfters ausgekratzt werden musste. Der Mann befindet sich jetzt, 3 Jahre nach der Operation, recht wohl. Unter der Haut sieht man das Herz pulsiren, während die ganze Wölbung der linken Thoraxseite fehlt, und die Schulter sammt dem daran hängenden Arme dachförmig weit vorragt.

Aus diesem Falle ist ersichtlich, wie ein so ausgedehnter Eingriff selbst von einem schwächlichen Menschen gut vertragen werden kann. Der Fall gewinnt an Interesse durch die grosse Ausdehnung der resecirten Brustwand, da fast die ganze linke Hälfte des Brustkorbes entfernt worden ist. Die rechte Lunge hat sich allmählich den veränderten Verhältnissen angepasst und besorgt allein die Athmung. Auch das Herz und die grossen Gefässe sind durch den Eingriff nicht benachtheiligt worden, da starke Schwartenbildung sie vor der Luftdruckeinwirkung schützt. Die primäre Lungenerkrankung wurde durch die Operation eher günstig beeinflusst.

P. Wagner (Leipzig).

150. **Peritonäale Verwachsungen nach schweren Bauchquetschungen als Ursache andauernder, schwerer Koliken und hochgradiger Stuhlverstopfung**; von Dr. J. Noack. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 641. 1899.)

Für alle peritonäalen Verwachsungen nach Contusionen sind Läsionen der Serosa von ursächlicher Bedeutung. Liegen 2 Risswunden einander gegenüber und werden sie längere Zeit durch das geronnene Blut und Lymphe aneinander festgehalten, so ist eine feste Vereinigung dieser beiden Wundflächen ohne nennenswerthe Entzündung wohl denkbar. Doch ist diese Art des Entstehens von Verklebungen an so viele Zufälligkeiten gebunden, dass in der Mehrzahl der Fälle die Verwachsungen nach Contusionen auch in entzündlichen Vorgängen im Bereiche der Serosa ihre Ursache haben dürften. Der Grund, warum diese Verwachsungen und Strangbildungen in der Bauchhöhle von dem Praktiker von jeher besonders gefürchtet werden, ist nicht allein in dem Umstande zu suchen, dass sie unter Umständen zu den qualvollsten Leiden gehören, sondern dass sie in der Mehrzahl der Fälle zu Ileus führen; fast 30% aller Ileusfälle lassen sich auf ihre Anwesenheit zurückführen. B. Credé war der erste, der in derartigen Verwachsungen, auch ohne dass ernstere ileusartige Erscheinungen zu einem operativen Eingriffe drängten, die Indikation zur Laparotomie erblickte.

Fälle, in denen ein *vorausgegangenes Trauma im ursächlichen Zusammenhang mit der Adhäsion-*

bildung gebracht wird, konnte N. nur 2 in der Literatur finden. Bei dieser geringen Zahl derartiger Beobachtungen und bei der praktischen Wichtigkeit, die solche Fälle in Folge der Unfallgesetzgebung und des privaten Versicherungwesens erlangt haben, fühlt sich N. verpflichtet, 4 neue hierher gehörige Fälle mitzutheilen, die er im Dresdener Carolahause beobachten konnte. Bei allen 4 Kranken waren die Laparotomie und die Durchtrennung der Verwachsungen von günstigem Einflusse.

Diagnostische Bemerkungen beschliessen die Arbeit. P. Wagner (Leipzig).

151. **Schwerer Ileus, entstanden durch einen Narbenstrang nach Ovariotomie. Trennung desselben. Genesung**; von Prof. G. Leopold. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 28. 1899.)

Der 36jähr. Kr. war vor 11 Jahren ein bis zum Rippenrande reichendes, multilokuläres, rechtseitiges Kystom entfernt worden. Der sehr breite Stiel wurde in 4 Partien unterbunden und mit dem Thermokauter durchtrennt. Reaktionlose Heilung; 11 Jahre lang Wohlbefinden. Dann plötzlich Auftreten von schwersten *Ileuserscheinungen. Laparotomie.* Durchtrennung eines festen Narbenstranges, sowie einer Verlöthung zwischen rechtem Uterushorn und Coecum. Glatte *Genesung.*

Bemerkenswerth in diesem Falle ist 1) das sehr späte Auftreten des Ileus (11 Jahre) nach erfolgter Ovariotomie, 2) die doppelte Abschnürungsstelle, nämlich die Brücke zwischen Uterushorn und Beckenwand, und die strangartige Verlöthung und dadurch bedingte Achsendrehung des Coecum, 3) das Durchschlüpfen einer so langen (20 cm langen) Dünndarmschlinge durch die Brücke, 4) der Umstand, dass trotz der 10 Tage lang bestehenden Darmabschnürung Heilung eintrat.

P. Wagner (Leipzig).

152. **Ueber eine typische peritoneale Adhäsion**; von Dr. R. Gersuny. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 102. 1899.)

Die von G. als typisch bezeichnete, in 21 Laparotomiefällen beobachtete *peritonäale Adhäsion* ist eine bandförmige Pseudomembran, die an der Uebergangstelle des Colon descendens in die Flexura sigmoidea quer über das äussere Blatt des Mesocolon verläuft und ziemlich die gleichen Ansatzpunkte hat wie dieses. Die dieser „*Flexuradhäsion*“ zugeschriebenen Krankheiterscheinungen sind Schmerzen in der linken unteren Bauchgegend, die meist bei stärkeren Bewegungen des Körpers zunehmen; den Darmentleerungen gehen zuweilen heftige Kolikschmerzen voraus. Nur in 2 Fällen waren die Beschwerden im Anschlusse an eine Perityphlitis entstanden; in anderen Fällen sind gewiss Erkrankungen am weiblichen Genitale als die Ursache anzusehen. Unter den 21 Kranken waren nur 3 männlichen Geschlechts, 18 waren Frauen oder erwachsene Mädchen.

Die *Operation der Flexuradhäsion* ist einfach: nach Durchschneidung des Bandes entfaltet man durch Zug am Darme das Mesocolon ganz und vernäht den Schlitz in seinem lateralen Blatte so, dass nicht wieder eine Verkürzung entsteht. Bei der Nachbehandlung ist lange Ruhe des Darmes zu vermeiden. P. Wagner (Leipzig).

153. **Ueber das Sackdivertikel des Oesophagus und seine chirurgische Behandlung mit vorausgeschickter Gastrostomie**; von Dr. C. Hofmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. 1899.)

H. berichtet aus der Witzel'schen Abtheilung über 2 Fälle von *Pulsion-* oder richtiger *Sackdivertikel,* in denen nach vorausgeschickter Gastrostomie die Exstirpation des Sackes mit Erfolg vorgenommen wurde. Beide Kranke genasen.

Die Schwierigkeit der Operation liegt nicht auf der technischen Seite, sondern in der Frage der Ernährung und der damit auch in Zusammenhang stehenden Wundinfektion. Da die Naht am Oesophagus durch das Schlucken gefährdet wird, so erscheint es wünschenswerth, die Gastrostomie vorauszuschicken. Ist glatte Heilung eingetreten, so wird man ohne Bedenken vom 14. Tage ab die Ernährung in gewöhnlicher Weise durch den Mund vornehmen können. P. Wagner (Leipzig).

154. **Ein Fall von Gastroenterostomie wegen Stenose des unteren Duodenum**; von Prof. Ledderhose. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 153. 1899.)

Bei einem Verschlusse des Duodenum unterhalb der Einmündungstelle des Duct. choledochus und pancreaticus muss offenbar ein Rückfluss von Galle und Pankreassaft in den Magen zu Stande kommen. In diesen Fällen pflegen der Kräfteverfall und die Austrocknung des Körpers deshalb besonders schnell und stark einzutreten, weil Galle und Pankreassaft nicht zur Verdauung benutzt werden und auch nicht einmal wieder zur Resorption gelangen, vielmehr unbenutzt in den Magen sich ergiessen, dessen Chemismus schwer schädigen und dann durch Erbrechen entleert werden.

Man konnte deshalb von vornherein im Zweifel sein, ob unter solchen Umständen eine *wegen Stenose des unteren Duodenum ausgeführte Gastroenterostomie* wesentlichen Nutzen bringen würde.

L. hat nun vor $1^1/_2$ Jahren bei einem 54jähr. Kranken wegen *tiefsitzender Duodenalstenose* die *Gastroenterostomie* ausgeführt und durch die Operation dauernd alle Beschwerden beseitigt.

L. nimmt an, dass bei dem Pat. auch jetzt noch die Hauptmenge der Galle und des Pankreassaftes durch den Pylorus in den Magen zurückfliesse, bei der normalen Verschlussfähigkeit des Pylorus jedoch nicht continuirlich, sondern nur zeitweise, hauptsächlich wohl gegen Ende der Magenverdauung, so dass diese eine wesentliche Störung nicht erfährt. P. Wagner (Leipzig).

155. **Demonstration eines Präparates einer 11 Monate nach der Ausführung der Gastroenterostomie entstandenen Perforation des Jejunum**; von Prof. H. Braun. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 157. 1899.)

B. hatte bei einem 25jähr. Manne, der jahrelang an Magenbeschwerden, zuletzt an häufigem Erbrechen, gelitten hatte, am 17. Nov. 1897 die *Gastroenterostomie* nach der Methode von v. Hacker gemacht. Die Heilung kam gut zu Stande und der Pat. klagte in der Folge nur noch zeitweise über Magenbeschwerden. Am 18. Oct. 1898 erkrankte er plötzlich mit den Erscheinungen einer *Perforationperitonitis* und starb 3 Tage darauf. Die *Sektion* ergab ein glattrandiges, wie mit einem Locheisen ausgeschlagenes Geschwür von etwa 1 cm Länge und $^1/_2$ cm Breite, das ca. 1 cm entfernt von der Stelle, an der der Darm mit dem Magen vereinigt war, in der abführenden Schlinge des Jejunum lag und vorn zwischen Magen und Quercolon in die offene Bauchhöhle durchgebrochen war.

Jedenfalls war das *Geschwür* als ein *Ulcus pepticum* aufzufassen und war wahrscheinlich entstanden durch die Einwirkung des Magensaftes auf eine etwas lädirte Partie der Darmschleimhaut; allerdings konnte in dem Verlaufe der Operation keine Ursache für eine derartige Verletzung gefunden werden, da sie in gewöhnlicher Weise ausgeführt und die Heilung reaktionlos verlaufen war. P. Wagner (Leipzig).

156. **Ein Fall von Darmausschaltung**; von Dr. O. Tubenthal. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 552. 1899.)

Der folgende Fall dürfte, soweit darüber Veröffentlichungen vorliegen, der 30. Fall von *Darmausschaltung* sein und zugleich derjenige, in dem schätzungsweise das grösste Darmstück (2—3 m!) ohne Nachtheil für den Erkrankten ausgeschaltet wurde.

Bei einem Soldaten hatte sich ein peritonitisches Exsudat mit mehrfacher Fistelbildung entwickelt, und zwar höchstwahrscheinlich in Folge eines Typhus. Die Bauchhöhle war schliesslich durch eine Kloake, die nach den Seiten hin verklebt war, gewissermaassen in zwei für sich abgeschlossene Hälften, eine rechte und linke, getheilt, die nur durch eine intakte Partie oberhalb des Nabels in Verbindung standen. In die Kloake mündete 1) eine grosse Eiterhöhle, 2) eine Darmschlinge, die dem unteren Theile des Jejunum oder dem oberen Ileum angehörte, 3) eine Fistel, die einem tief gelegenen Darmabschnitte angehörte. Eine doppelte Darmresektion war unmöglich, weil die Darmschlingen fest unter einander verklebt waren, die ganze Höhle wie mit Gips ausgegossen war. T. machte deshalb die Ausschaltung des ganzen entsprechenden Dünndarmabschnittes, indem er das obere und untere Dünndarmende vernähte, die beiden Enden des ausgeschalteten Theiles aber in die Bauchwunde einnähte. *Heilung.* Die Belästigung durch die Fistelabsonderung ist ausserordentlich gering.

P. Wagner (Leipzig).

157. **Ueber eine eigenartige Form von Hernia cruralis (praevascularis) im Anschlusse an die unblutige Behandlung angeborener Hüftgelenksverrenkung**; von Prof. A. Narath. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 396. 1899.)

N. beobachtete eine eigenthümliche, bei Kindern auftretende Form von *Hernia cruralis,* die im Laufe der unblutigen Behandlung angeborener Hüftverrenkung entsteht. Diese Hernie kam bisher 6mal zur Beobachtung an 4 Kr. (1mal rechts, 1mal links, 2mal doppelseitig) unter im Ganzen 47 Pat. mit zusammen 65 luxirten Hüften (9.2%). Höchstwahrscheinlich ist hiermit die wirkliche Anzahl noch nicht gegeben, denn eine Reihe von Kranken befindet sich noch in den Gipsverbänden. Die operirten Kinder standen im Alter von 7 bis 11 Jahren. Die beobachteten Cruralhernien zeigten alle denselben Typus. Sie entstehen mit 5—7 cm breiter Basis dicht unter dem Lig. Poupartii, liegen vor Art., Vena und Nerv. cruralis und erstrecken sich mehrere Centimeter nach abwärts. Ihr Umriss ist eigenartig, er gleicht stets mehr oder weniger einem Kreissegmente, dessen Sehne dem Lig. Poupartii entspricht und dessen Bogen sich nach abwärts kehrt. Die Sehne des Bogens, also die Hernienbasis, ist zum Unterschiede von anderen Cruralhernien immer ziemlich breit. Die Hernien sind für gewöhnlich leer oder fast leer und füllen sich nur beim Husten oder Pressen. N. giebt eine durch Abbildungen erläuterte Beschreibung der Topographie dieser prävaskularen Cruralhernie.

Die *Ursache* dieser eigenthümlichen Hernien ist hauptsächlich zu suchen in einer starken Schädigung der einzelnen Theile der Lacuna vasorum in Folge verschiedener mechanischer Insulte bei der unblutigen Behandlung der Hüftverrenkung; dazu gehören der starke Zug am Beine, die starke Abduktion, das Kneten und Drücken der Adduktorenansätze und des Tensor fasciae latae, die Fixation des Beckens bei der eigentlichen Einrenkung, das Emportauchen des Kopfes in inguine, die Näherung der Ansatzstellen des Ileopsoas und Pectineus, die langdauernde Fixation der Hüfte im Gipsverbande. Durch diese Umstände wird eine Zerrung, Verschiebung, Lockerung und Atrophie im Bereiche der Lacuna und Vagina vasorum erzeugt und so die Gelegenheit für das Ausstülpen des Peritonaeum unterhalb des Lig. Poupartii gegeben. P. Wagner (Leipzig).

158. **Ueber Hernienruptur durch Selbsttaxis**; von Jul. Schnitzler. (Wien. med. Wchenschr. XLIX. 1. 1899.)

Sch. theilt die Krankengeschichte einer 56jähr. Pat. mit, die sich eine seit 3 Wochen bestehende und eines Vormittags irreponibel gewordene rechtseitige Cruralhernie am Abend selbst reponirte, dann unter den Erscheinungen der akuten Peritonitis zur Aufnahme in das Krankenhaus kam und 18 Stunden nach der Reposition des Bruches operirt wurde. Es zeigte sich, dass der gesunde, erst wenige Stunden incarcerirte Darm bei der von der Kr. selbst bewirkten Reposition zerrissen war. Die bohnengrosse Perforationstelle wurde, da die Darmschlinge sonst keinerlei Veränderungen zeigte, genäht; die Bauchhöhle, die das Bild einer diffusen eitrigen Peritonitis zeigte, wurde ausgewaschen und drainirt. Heilung.

Sch. ist der Ansicht, dass nicht eine besonders starke Gewalteinwirkung, sondern in erster Linie gewisse physikalische Bedingungen (nämlich Mangel an Bruchwasser und Compression am centralen Theile der Bruchgeschwulst) für das Zustandekommen der Ruptur verantwortlich zu machen sind.

F. Krumm (Karlsruhe).

159. **The operative treatment of typhoid perforation of the intestine**; by J. E. Platt. (Lancet Febr. 25. 1899.)

P. ergänzt die Operationsstatistik der Laparotomie bei Perforation typhöser Darmgeschwüre durch 3 eigene und 17 in der Literatur niedergelegte Fälle auf 103 Fälle mit 21 Heilungen. Aus der Zusammenstellung geht hervor, dass die Chancen der Operation am besten sind in der Zeit von der 12. bis zur 24. Stunde nach Eintritt der Perforation, also wenn der erste Shock vorbei ist und die Peritonitis noch nicht voll eingesetzt hat. Bei den milden Formen des Typhus sind die Aussichten auf Heilung besser, wie bei den schweren; desgleichen sind die Chancen der Operation besser, wenn die Perforation in einem späteren Stadium des Typhus eintritt. Aber auch bei Perforationen in der 1. bis 3. Typhuswoche wurden Heilungen erzielt. F. Krumm (Karlsruhe).

160. **Ueber Resektion des Colon descendens und Fixation des Colon transversum in den Analring**; von Dr. Herm. Kümmell. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 555. 1899.)

Es kommen in dem Rectum, der Flexur und dem Colon descendens zuweilen pathologische Zustände vor, deren radikale Beseitigung eine ausgedehnte Resektion dieser Darmtheile nothwendig macht. Es handelt sich dabei um solche Erkrankungen, die den ganzen unteren Darmtheil vom Sphinkter aufwärts in mehr oder weniger grosser Ausdehnung ergriffen haben und keine partielle Resektion mit nachfolgender Vereinigung der Darmenden gestatten. Bei diesen hoch hinaufreichenden, sich auf das Colon descendens erstreckenden Resektionen musste man von vornherein wegen der zu befürchtenden ungünstigen Ernährungsverhältnisse des Darms auf eine Gangrän gefasst sein.

K. konnte sich indessen vom Gegentheile überzeugen, indem es ihm gelang, in 2 Fällen sehr ausgedehnte Resektionen von etwa dem halben Dickdarm, Entfernung des Rectum, des S Romanum und des gesammten Colon descendens erfolgreich vorzunehmen.

In dem 1. Falle handelte es sich um ein ca. 25jähr., tuberkulös belastetes Mädchen, bei dem anderweitig wegen tuberkulöser Zerstörung des Rectum dessen Exstirpation vorgenommen worden war. Es bestand vollständige Incontinenz, und es wurde die Pat. zur Beseitigung dieser und der das Rectum umgebenden tuberkulösen Fisteln im Laufe von $^1/_2$ J. mehrfachen operativen Eingriffen unterzogen, ohne Erfolg.

Um eine radikale Heilung anzustreben, wurde die Laparotomie gemacht, das Mesenterium des Rectum, S Romanum und des Colon descendens gelöst und letzteres zwischen oberem und mittlerem Drittel, nachdem es um 100° gedreht war, in den Analring eingenäht. Die Pat. überstand den Eingriff und führt jetzt nach 2 Jahren ein erträgliches Dasein; leidet jedoch unter den Erscheinungen einer Bauchfelltuberkulose, die auch einen operativen Eingriff nothwendig machte, durch zuweilen auftretende kolikartige Schmerzen u. Aehnl.

Günstiger, schon durch die Natur des Leidens, ist der 2. Fall verlaufen. Es handelte sich um eine 53jähr. Pat., der vor 7 Jahren wegen eines angenommenen inoperablen Mastdarmcarcinoms ein Anus praeternat. angelegt worden war; er war im Laufe der Zeit sehr eng geworden und verursachte der Pat. oft sehr viel Beschwerden bei der Stuhlentleerung, so dass sie dringend nach Abhülfe verlangte. Es zeigte sich bei der näheren Untersuchung, dass es sich um eine luetische Rectalerkrankung handelte, die zu einer completen Obliteration des Rectum geführt hatte. Der Versuch, das Rectum von unten zu exstirpiren, misslang; es ergab sich, dass der ganze Darmtheil bis zum Anus praeternaturalis in einen Darmstrang ohne Lumen verwandelt war. Es wurde zur Laparotomie geschritten, das ganze Colon descendens vom Mesocolon abgelöst und dasselbe nach Abtrennung an der Uebergangstelle zum Colon transversum in den Analring eingenäht. Der ulcerative Process reichte noch über den Anus praeternat. hinaus, und erst am Colon transversum war gesunde Schleimhaut vorhanden. Der obliterirte Darmtheil wurde in der Bauchhöhle gelassen. Der in den Analring eingenähte Endtheil des Colon transversum war um 180° gedreht. Die Pat. überstand den Eingriff sehr gut und vermochte den Stuhl zu halten, als durch Anlöthung einer Dünndarmschlinge in das kleine Becken ein akuter Ileus eintrat; dieser wurde durch Laparotomie beseitigt, und die Pat. geheilt mit funktionfähigem Anus nach einiger Zeit entlassen.

Die erwähnten Fälle zeigen, dass es sehr wohl möglich ist, das ganze Colon descendens auszuschalten und das Colon transversum funktionfähig in den Analring einzunähen. Die Länge des Dickdarms, die bei diesem Verfahren ausgeschaltet werden musste, betrug in dem einen Falle circa 40 cm, im zweiten mindestens 70 cm. Auffallend ist bei diesen Beobachtungen, dass die Loslösung der höher gelegenen Dickdarmtheile, des Colon descendens, bez. des Colon transversum, besser ertragen wird und weniger die Gefahr der Gangrän bringt, als das Freilegen der unteren Theile des Rectum und S Romanum. P. Wagner (Leipzig).

161. **Zur Pathogenese und Therapie des Rectumprolapses**; von Dr. K. Ludloff. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 447. 1899.)

Die Untersuchungen, die L. über die *Pathogenese und Therapie des Rectumprolapses* angestellt hat, haben ihn zu folgenden Schlüssen geführt:

Der *Prolapsus recti* und *Prolapsus ani et recti* sind verschiedene Grade desselben Leidens, und zwar in erster Linie Perinaealhernien, deren hintere Bruchsackwand vom Rectum mit gebildet wird. In Folge dessen muss bei ihrer Behandlung auch auf die Herniennatur mehr Rücksicht genommen werden. Die *Resektion des Rectumprolapses* erfüllt diese Indikation nicht ganz. Für den *irreponiblen* und *incarcerirten Prolapsus recti* allerdings kommt allein die Mikulicz'sche *Resektion* in Betracht. Für den *reponiblen Prolaps* dagegen würde es sich empfehlen, zuerst 14 Tage die Thure-Brandt'sche Massage zu versuchen; ist in dieser Zeit keine Besserung nachzuweisen, dann Ausführung der Colopexia anterior; führt auch diese nicht zum Ziele, dann die Resektion nach Mikulicz.

Der *Prolapsus coli invaginati* ist nach den Principien der Darminvagination zu behandeln; bei

sehr hochsitzender Umschlagstelle Laparotomie mit Barker-Rydygier'scher Operation, bei tiefsitzender Umschlagstelle Mikulicz'sche Resektion.

Der *Prolapsus ani* ist ein Schleimhautektropium und am besten mit Kauterisation zu behandeln oder bei sehr grossem Prolaps nach Treves zu excidiren. Die Rectopexie, die Drehung nach Gersuny, die Silberdrahtmethode sind zu verwerfen. Während der nächsten Wochen nach der Operation muss die Defäkation im Liegen stattfinden. P. Wagner (Leipzig).

162. **Casuistische Beiträge zur Leberchirurgie**; von Dr. A. Lipstein. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 152. 1899.)

L. theilt aus der Heidelberger chirurg. Klinik 8 Fälle aus dem Gebiete der *Leberchirurgie* mit: *4 Abscesse, 3 Tumoren, 1 Echinococcus.*

Von den *Leberabscessen* war der erste tropischen Ursprungs, der zweite im Anschlusse an eine Cholangitis, der dritte und vierte im Anschlusse an eine Appendicitis entstanden. Trotz Operation trat bei allen 4 Kranken der *Tod* ein.

Bei den zur Resektion gelangten *Lebertumoren* handelte es sich um *Syphilom, Sarkom, Adenom.* Im 1. Falle trat *Genesung* ein; im 2. Falle erfolgte der *Tod* im Anschlusse an die Operation an Peritonitis; im 3. Falle trat 1 Jahr nach der Operation ein *Recidiv* ein. Was die *Blutstillung* bei den Resektionen anlangt, so wurde in den beiden ersten Fällen, in denen es sich um gestielte Tumoren handelte, der Versuch einer Abschnürung mittels elastischer Ligatur unternommen, jedoch beide Male mit Misserfolg, da die Ligaturen sehr bald abglitten. Im letzten Falle gelang der Versuch, die Blutung durch Compression zu stillen, erst nach bedeutendem Blutverlust von circa 1 Pfund. In allen Fällen wurde die Wunde extraperitonaeal versorgt, um sich gegen Nachblutungen, die aber sehr gering ausfielen, zu schützen.

Die günstig ausgegangene Echinokokken-Operation illustrirt vortrefflich die Schwierigkeiten, die sich manchmal in Folge der versteckten Lage der Leber für die Operation ergeben, und die zu umgehen anfänglich nur durch Verlängerung des Schnittes nach abwärts und Resektion zweier Rippenknorpelstücke möglich wurde. Besonderes Interesse aber gewinnt der Fall dadurch, dass der zweite Akt der Operation, der 3 Tage später stattfinden sollte, nämlich die Entfernung des Echinokokkensackes, durch einen unvorhergesehenen Zufall vereitelt wurde. Der Sack war nämlich durch die Punktion inzwischen so stark geschrumpft und die angenähte Stelle so weit nach oben geschoben, dass es nicht gelang, ihn aufzufinden und dass man von jedem weiteren Eingriffe absehen musste.

P. Wagner (Leipzig).

163. **Ueber Papillom der Gallenblase**; von Dr. Ringel. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 161. 1899.)

Eine 47jähr. Frau erkrankte vor 17 Jahren mit heftigen Gallensteinkoliken, die sich in mehr oder minder grossen Pausen beständig wiederholten. Seit 7 Jahren bemerkte sie unter dem rechten Rippenbogen eine cystische Geschwulst, die, in ihrer Grösse anfangs schwankend, schliesslich dauernd Strausseneigrösse behielt. Durch Operation wurde eine *Gallenblasencyste* zu Tage befördert von genannter Grösse, die neben mehreren kirschengrossen Steinen massenhaft Sekret und papillomatöse Gewebefetzen enthielt. *Exstirpation der Gallenblase.* Heilung nach wenigen Wochen. Die Innenwand der Gallenblase zeigte überall papillomatöse Wucherungen, die auf der blossen Schleimhaut aufsassen und nach dem Fundus zu blumenkohlartige Bildungen darstellten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um polypöse Schleimhautwucherungen handelte, deren Matrix von gefässhaltigem Bindegewebe gebildet wurde. An einer Stelle haben sich drüsenschlauchartige Wucherungen, umgeben von kleinzelliger Infiltration, in die Gallenblasenwand gedrängt und lassen sich hier bis in die Subserosa verfolgen. Die Serosa selbst ist an ihrer Aussenseite überall vollkommen glatt.

Die hier beschriebene Gallenblasenerkrankung bildet in jeder Beziehung ein Analogon zu jenen Geschwulstformen der Harnblase, die unter dem Namen *papilläses Fibrom* oder *Zottenkrebs* bekannt sind. In dem obigen Falle waren jedenfalls die Gallensteine das Primäre.

Die *Prognose* erscheint als günstig, da das radikal entfernte, an sich gutartige Papillom nur an ganz vereinzelten Stellen maligne Degeneration zeigte. P. Wagner (Leipzig).

164. **Zur Frage der operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose**; von Dr. Egon Neumann in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26. 1899.)

Die von Talma vorgeschlagene operative Behandlung des Ascites wurde in einem Falle von Lebercirrhose ausgeführt und ein guter Erfolg damit erzielt. Die Operation besteht (bei Voraussetzung funktionfähiger Leberzellen) darin, auf operativem Wege durch Bildung von Adhäsionen dem Blute der Vena portae neue Seitenbahnen zu eröffnen. H. Beschorner (Dresden).

165. **Zur Casuistik der Pankreascysten**; von Dr. Heinrich Keitler. (Wien. med. Wochenschr. XII. 29. 1899.)

Ausführliche Krankengeschichte und genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen Befundes eines Falles von Pankreascyste. Die Kr. wurde durch Operation geheilt. Die Cyste war gestielt, der Stiel, ebenso wie die ganze Cyste erhielt vom Ligamentum hepatogastricum einen serösen Ueberzug und war von Pankreasgewebe gebildet; die Cyste sass dem Schweif des Pankreas auf, und zwar so, dass dieser über einen Theil der Cyste ausgezogen erschien. In diesem Antheil fanden sich zahlreiche, glattwandige, mit speichelartiger, klarer Flüssigkeit gefüllte Cystchen, die theils der grossen Cystenwand innig anhafteten, theils in dem benachbarten Parenchym des Pankreas zerstreut waren. Die pathologisch-anatomische Diagnose wurde auf Cystadenom gestellt. Beschorner (Dresden).

166. **Die „Heberpunktion" bei Operationen in der Bauchhöhle**; von Dr. C. Lauenstein. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 23. 1899.)

Seit Jahren bedient sich L. bei Operationen der Bauchhöhle zur Entleerung von cystischen, Flüssigkeit enthaltenden Geschwülsten der *Heberpunktion*. Dieses ebenso einfache, wie praktische Verfahren, das sich aus einer Combination der Punktion und der Heberwirkung zusammensetzt, besteht darin, dass man den Gummischlauch, mit dem die Hohlnadel, bez. der Trokar verbunden ist, mit Flüssigkeit gefüllt in Bereitschaft hält und die Heberwirkung der Flüssigkeitsäule in dem Augenblicke in Wirkung treten lässt, in dem man die Nadel in die Cyste eingestochen hat.

Am meisten hat L. die Heberpunktion bewährt gefunden bei der intraoperativen Punktion der Ovariencysten und der Gallenblase, sowie bei Magenoperationen an Kranken mit starker Ektasie.

P. Wagner (Leipzig).

167. **Retroperitonaeale Lymphocyste oder Senkungsabscess?** von Dr. H. Strehl. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 1 u. 2. p. 178. 1899.)

Narath hat vor mehreren Jahren einen Fall von *„retroperitonaealer Lymphcyste"* bei einem 22jähr. Mädchen beschrieben (vgl. Jahrbb. CCL. p. 258).

Die über mannsfaustgrosse Geschwulst sass an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels, liess sich durch Druck verkleinern und füllte sich beim Husten wieder. Bei der sehr schwierigen Exstirpation zeigte sich, dass die mit den Muskeln innig verwachsene Cyste sich als zweifingerdicker Sack bis an die Querfortsätze der Lendenwirbel erstreckte. Die Innenfläche der Cystenwand bestand aus Granulationengewebe mit Riesenzellen. Die lichtgelbe, stark eiweisshaltige Cystenflüssigkeit enthielt zahlreiche Cholestearinkrystalle.

Einen ganz ähnlichen Fall beschreibt Str. aus der v. Eiselsberg'schen Klinik.

Die überfaustgrosse Geschwulst am linken Oberschenkel wurde punktirt und dabei ein Theil der Cystenwand exstirpirt. Die hellgelbe, stark eiweisshaltige Flüssigkeit enthielt viel Cholestearin; das Granulationengewebe der Cysteninnenwand zeigte neben zahlreichen Riesenzellen reichliche unzweideutige Tuberkel.

In diesem Falle handelte es sich also sicher um einen *tuberkulösen Senkungsabscess mit serösem Inhalte;* wahrscheinlich verdient der Narath'sche Fall dieselbe Erklärung. P. Wagner (Leipzig).

168. **Bericht über die auf der Sonnenburg'schen Abtheilung in den letzten 8 Jahren ausgeführten Urethrotomien**; von Dr. E. Israel. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 239. 1899.)

Von 1890—98 wurden in der Sonnenburg'schen Abtheilung an 29 Männern und 1 Weibe *Harnröhrenschnitte* ausgeführt. In allen Fällen gaben Verengerungen der Harnröhre die Indikation zur Operation. 24mal handelte es sich um gonorrhoische, 4mal um traumatische, 2mal um Strikturen aus unbekannter Ursache. Bei den 24 *gonorrhoischen Strikturen* wurden 16mal die äussere, 3mal die innere, 2mal die innere und die äussere Urethrotomie ausgeführt; in 3 Fällen endlich musste zum Catheterismus posterior geschritten werden. 4 Kranke starben, 4 verliessen vor beendeter Heilung das Spital. Von den 16 Genesenen konnte bei 6 eine dauernde Heilung festgestellt werden. Von den 4 wegen *traumatischer Striktur* Operirten wurden 3 dauernd geheilt, 1 mit Fistel entlassen. Die beiden *Strikturen aus unbekannter Ursache* wurden durch Operation geheilt; Dauerresultat unbekannt. P. Wagner (Leipzig).

169. **Experimentelle Untersuchungen über Harnblasenruptur**; von Dr. F. Berndt. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 815. 1899.)

Zu *experimentellen Untersuchungen über die Harnblasenruptur* wurde B. durch folgende Beobachtung veranlasst.

Ein 7jähr. Mädchen bekam durch Huftritt eine *Blasenruptur*. Bei der *Laparotomie* fand sich der vertikale Riss an der vorderen Blasenwand, unmittelbar am Orificium int. urethrae beginnend, in einer Länge von $1^1/_2$ cm. Naht der Blasenwunde, Naht des Peritonaeum, Tamponade des praevesikalen Raumes mit Jodoformgaze. *Heilung*.

Um die *Entstehung der Blasenruptur* genauer kennen zu lernen, hat B. an 31 Leichen bei gefüllter Blase durch Druck, bez. Schlag auf die Blasengegend eine Blasenruptur hervorgerufen. Der stets vertikal verlaufende Riss sass 21mal extraperitonaeal, 10mal intraperitonaeal. Seine Untersuchungsergebnisse fasst B. in folgenden Sätzen zusammen: 1) Wird bei der gefüllten Harnblase der Innendruck durch eine die Blasenwand treffende stumpfe Gewalt gesteigert, so wird die Blasenwand an der Stelle überdehnt und zerrissen, an der sie im Augenblicke des Unfalls von ihrer Umgebung den geringsten Gegendruck empfängt. 2) Bei der stark gefüllten, die Symphyse weit überragenden Blase sind die oberen und hinteren Partien am meisten gefährdet, weil diese nur den geringen Gegendruck der Därme als Schutz haben. Reisst die Blase an dieser Stelle, so ist die *Ruptur* gewöhnlich *intraperitonaeal.* 3) Bei geringerer Füllung wird die Blase durch eine oberhalb der Symphyse auftreffende Gewalt gewöhnlich in das Becken hineingedrückt. Die einwirkende Gewalt selbst schützt dabei durch ihren auf die Gegend des Blasenscheitels ausgeübten Druck diese Partien gegen Ueberdehnung und Zerreissung. Die gefährdeten Partien sind die dem nachgiebigen Beckenboden anliegenden. Erfolgt die Ruptur hinten, so kann sie noch intraperitonaeal sein (weil das Peritonaeum an der Hinterwand der Blase sehr weit hinabreicht). Erfolgt sie vorn, so ist sie gewöhnlich *extraperitonaeal.*

Die *Hauptsymptome der Blasenruptur* sind heftiger Urindrang, dabei Unmöglichkeit Urin zu lassen, oder spontane Entleerung nur geringer Urinmengen mit Blutbeimischung. Die Blase ist über der Symphyse nicht zu fühlen. Der Kathe-

terismus ist leicht. Der Katheter entleert nur kleine Mengen blutigen Urins. Wir besitzen kein Mittel, um unmittelbar nach der Verletzung einen extraperitonaealen Blasenriss von einem intraperitonaealen zu unterscheiden.

Ueber die *Behandlung der Blasenrisse* spricht sich B. folgendermaassen aus: 1) Die Operation einer Blasenruptur beginnt man zweckmässiger Weise mit der Sectio alta. Dadurch vergewissert man sich am schnellsten und sichersten über Sitz, Art und Anzahl der Risse. 2) Es ist zweckmässig, in jedem Falle die Blasennaht auszuführen, weil man dadurch am besten die Blase gegen eine Infektion von der Wundhöhle aus schützt. 3) Intraperitonaeale Rupturen sind durch Ablösung des Peritonaeum und isolirte Vernähung desselben in extraperitonaeale zu verwandeln. Ist eine Vernähung des Bauchfellrisses wegen bereits eingetretener Peritonitis nicht thunlich, so benutzt man ihn zur Durchführung von Tampons in die Bauchhöhle. 4) Für die Nachbehandlung ist ein ausgedehnter Gebrauch der Jodoform-Gazetamponade zu empfehlen. P. Wagner (Leipzig).

170. **Ein Fall von Blasenektopie mit Spaltbecken**; von Dr. Arthur Foges. (Ztschr. f. Heilkde. XX. 4. p. 245. 1899.)

Ausführlicher Bericht über einen Fall von Hemmungsbildung der weiblichen Blase und des Beckens im Anschlusse an die Krankengeschichte einer 31jähr. Kr., die in das Spital aufgenommen wurde zur Ausführung der Operation, jedoch 5 Tage nach der Operation starb. Der chirurgische Eingriff wurde nach dem von Gersuny modificirten Maydl'schen Verfahren vorgenommen, und zwar wurde 1) das Rectum quer von der Flexura sigmoidea getrennt; hierauf wurden in das Lumen derselben die sammt einem Blasenstücke abgelösten Ureteren implantirt. 2) Die abgetrennte Flexura sigmoidea wurde durch die eröffnete Plica recto-uterina vor die abpräparirte vordere Rectalwand bis in den Sphincter ani gezogen und daselbst durch Nähte fixirt, so dass die aus dem ausgeschalteten Rectumstück geschaffene Blase und der aus dem herabgezogenen Flexurantheil gebildete Mastdarm unter der Wirkung eines gemeinsamen Schliessmuskels standen. Das Becken, dessen nähere Beschreibung und Abbildung als Anhang beigegeben ist, zeigte einen über 7 cm langen Symphysenspalt.

H. Beschorner (Dresden).

171. **Ueber ein Recidiv nach einer wegen Prostatahypertrophie vorgenommenen Castration**; von Dr. Rich. Wolff. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 338. 1899.)

Die Mittheilung betrifft einen Prostatiker, der lange Zeit in Bethanien beobachtet wurde. Die Erscheinungen einer zu ihrer vollen Höhe entwickelten Prostatahypertrophie wurden durch die Castration behoben. Der Kr. verliess nach mehrmonatiger Behandlung das Krankenhaus und wurde als geheilt betrachtet, weil die Prostataschwellung in der ganzen nächsten Beobachtungzeit immer mehr schwand. Nach mehreren Monaten wurde der Kr. wieder aufgenommen. Es fand sich neben einer Cystitis incomplete Retention, die sich durch Blasenausspülungen und Katheterismus nicht besserte, sondern allmählich zu completer Retention führte. *Tod* an Bronchopneumonie. Die *Sektion* ergab ein *primäres Prostatacarcinom*, das sich in der hypertrophischen Drüse ausgebildet hatte. Das noch gesunde Drüsenparenchym war in Rückbildung begriffen.

Das Recidiv der Prostatahypertrophie ist also durch das erneute Anschwellen der Prostata in Folge der carcinomatösen Infiltration bedingt gewesen. War auch in diesem Falle der Erfolg der Castration nur vorübergehend, so hat doch die Operation den Kranken viele Monate von seinen Beschwerden befreit.

P. Wagner (Leipzig).

172. **A report of twelve cases of prostata hypertrophy benefited by the Bottini operation, with a few comments and suggestions**; by R. Guitéras. (New York med. Record LVI. 5. p. 145. July 1899.)

G. theilt weitere 12 Fälle von *Prostatahypertrophie* mit, in denen er nach der Bottini'schen Methode operirte. Er kann auf Grund seiner Erfolge nur von Neuem bestätigen, dass die Bottini'sche Operation bei verhältnissmässig geringer Gefährlichkeit bei Weitem die besten Erfolge aufzuweisen hat. P. Wagner (Leipzig).

173. **Die Bottini'sche Operation bei der Behandlung der Prostahypertrophie**; von Dr. F. Stockmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 22. 23. 1899.)

Die grossen Vorzüge der Bottini'schen *Operation bei Prostatahypertrophie* sind die meist leichte Ausführbarkeit; der Wegfall der Narkose (höchstens Lokalanästhesie); keine Verstümmelung; Beschränkung der Bettruhe auf ein Minimum; die Möglichkeit öfteren Wiederholens des Verfahrens, falls der gewünschte Erfolg ausbleibt.

St. selbst hat 7 Kranke nach Bottini behandelt: 1 geheilt, 4 gebessert, 1 ungeheilt, 1 gestorben. Streng genommen darf aber der Todesfall der Methode als solcher nicht angerechnet werden.

St. hat im Ganzen 229 Bottini'sche Operationen zusammengestellt: 118 Kr. = 51.5% geheilt; 60 = 26.2% gebessert; 32 = 13.9% ungeheilt; 19 = 8.2% gestorben.

P. Wagner (Leipzig).

174. **Sarcoma of the testicle**; by G. M. Kober. (Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 5. p. 535. May 1899.)

K. hat 113 Operationen bei *Hodensarkom* zusammengestellt. 41 Kr. starben innerhalb weniger Tage bis 3 Jahre nach der Operation. Von 37 Kr. ist nichts weiter bekannt, als dass sie die Operation überstanden und gesund entlassen wurden. Von den 35 übrigbleibenden Kranken waren gesund und recidivfrei 18 Kr. 1—12 Monate nach der Operation; 6 Kr. 1—3 Jahre; 10 Kr. 4—15 Jahre nach der Castration. Bei 1 Kr. war 6 Jahre nach der Operation ein Recidiv eingetreten; 7 Monate nach der zweiten Operation war der Kranke noch recidivfrei.

K. empfiehlt in allen Fällen von *Hodensarkom* eine möglichst zeitige und radikale Operation.

P. Wagner (Leipzig).

175. **Ein Fall von Neuralgia spermatica. Resektion des Nervus lumbo-inguinalis und Nervus spermaticus externus**; von Dr. Julius Donath in Budapest und Dr. Fidelis Hültl. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 11. 1899.)

Es handelte sich um einen 23jähr. Mann, der seit seinem 8. Jahre stets an Hemikranie gelitten und vor einigen Jahren eine 4 Wochen dauernde Gonorrhöe und hieran anschliessend eine Hodenentzündung überstanden hatte. Seitdem klagte er über Schmerzen im linken Hoden, die den Samenstrang entlang in die untere Bauchgegend ausstrahlten. Da innerliche Mittel und auch der galvanische Strom keine Besserung brachten, wurde die in der Ueberschrift bezeichnete Operation ausgeführt. Von einer Castration wurde aus verschiedenen Gründen abgesehen. Nach dem operativen Eingriffe blieben die Schmerzen für die Zeit von 3 Monaten aus, kehrten aber nach dieser Zeit in geringer Intensität wieder. Die Operation erzielte demnach eine zweifellose Besserung des Zustandes und hatte den Vortheil, dass die Libido sexualis erhalten blieb, ja sogar gesteigert wurde.

Auch in diesem Falle muss, wie zuerst Valleix betonte, Gonorrhöe als Ursache angenommen werden. Die Frage, ob der Sitz des Leidens ein centraler oder peripherischer ist, kann durch die vorliegende Beobachtung nicht mit Sicherheit beantwortet werden. H. Beschorner (Dresden).

176. **Zur Totalresektion der Diaphyse langer Röhrenknochen bei akuter, infektiöser Osteomyelitis**; von Dr. P. Jottkowitz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 213. 1899.)

3jähr. Knabe mit *akuter multipler Osteomyelitis:* rechte Humerusepiphyse; rechtes Femur. Rechts Hüftgelenk verjaucht; Incisionen, Drainage u. s. w. Als sich pyämische Erscheinungen zeigten, resecirte J. den ganzen erkrankten Oberschenkelknochen. Nach 8 Wochen hatte sich von dem zurückgelassenen Perioste aus eine völlige Verknöcherung gebildet, so dass der Kr. 14 Tage später bereits Gehversuche machen konnte. Verkürzung 3½ cm. 1½ Jahre später nur noch 1 cm Verkürzung; Bein kräftig entwickelt.

Nach J.'s Ansicht ist bei einem diffusen osteomyelitischen Abscesse, der eine ganze Diaphyse eines langen Röhrenknochens vom Periost entblösst hat, zwar nicht die frühzeitige gänzliche Entfernung des Knochens, wie sie Petersen für kleine Röhrenknochen empfohlen hat, wohl aber die rechtzeitige Entfernung, sobald der Verlauf zeigt, dass die Totalnekrose zweifellos eintreten wird, der späteren Sequestrotomie bei ausgebildeter Lade vorzuziehen. P. Wagner (Leipzig).

177. **Ueber Blutergelenke und ihre Behandlung**; von Dr. H. Gocht. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 482. 1899.)

In der Hoffa'schen Klinik wurden 3 Kranke mit *Blutergelenken* behandelt, über die G. ausführlich berichtet, unter gleichzeitiger Anführung der Stammbäume der Bluterfamilien. G. schliesst sich der König'schen Eintheilung an: 1) Das Stadium der ersten Blutung, *Haemarthros der Bluter;* 2) das Stadium der Entzündung, *Panarthritis* im Blutergelenke; 3) das regressive Stadium, das zu bleibender Deformität der Blutergelenke führt, das *contrakte Blutergelenk.* Das 1. Stadium ist natürlich nicht so zu verstehen, als ob es sich dabei nur um einen einzigen Bluterguss handelte. Das Charakteristische dieses Stadium ist vielmehr das, dass die wiederholten Blutergüsse immer prompt resorbirt werden, ohne dass danach irgend äusserlich sichtbare oder durch verminderte Funktion zu erkennende Störungen und Veränderungen zurückbleiben. G. hat bei seinen Kranken eine ganze Reihe mehr oder weniger schwerer Blutungen in's Kniegelenk beobachten können, entweder ohne nachweisbares Trauma, oder direkt im Anschlusse an ein solches. Das Kniegelenk war dann gelegentlich ganz enorm verdickt durch den mächtigen Erguss, der ganz rasch, manchmal in 5 bis 10 Minuten, entstanden war. Das Kniegelenk befand sich bald in leichter Beugestellung, bald auch in Streckstellung, bald bestanden Schmerzen, bald gar keine. Das eine Mal wurde das Gelenk ruhig gehalten, das andere Mal war die Funktion so gut wie nicht gestört.

G. bespricht dann ausführlich die *Diagnose der Blutergelenke,* die namentlich dann ihre Schwierigkeiten haben kann, wenn die Kranken nicht als Bluter bekannt sind. Die Blutergelenke gehören zu den häufigsten Symptomen der Hämophilie; sie treten meist früh, in der Zeit des Gehenlernens hervor. Die Kniegelenke sind ganz besonders dafür beanlangt. Fast ausnahmelos sind an den intraartikulären Blutungen grössere oder geringere Traumen Schuld. Mit zunehmendem Alter nimmt die Disposition zu Gelenkblutungen ab.

Eingehend wird die *Therapie* besprochen. Dabei spielt die *Prophylaxe* eine grosse Rolle. Bei frischen Gelenkblutungen muss man im Allgemeinen das Gelenk ruhig stellen, Compression ausüben, feuchtwarme Umschläge oder Eis appliciren. Mitunter ist auch ein vorsichtiger Gebrauch des befallenen Gelenkes gestattet. Ausserdem muss man für Kräftigung der central vom Gelenke gelegenen Muskeln durch Massage, Elektricität u. s. w. sorgen.

Wiederholen sich die Ergüsse, werden sie nur langsam resorbirt, bildet sich Contrakturstellung aus, so tritt die *orthopädische Behandlung* in den Vordergrund. Punktionen der Gelenke sind möglichst zu vermeiden, ebenso alle gewaltsamen Manipulationen. Ist es bereits zu bleibenden Deformitäten der Gelenke gekommen, so sind einzig und allein Schienenhülsenapparate am Platze, die, gut und exakt gearbeitet, durch allmählichen Zug den Gelenken wieder ihre Stellung verschaffen.

P. Wagner (Leipzig).

178. **Zur Geschichte der Fremdkörper in den Gelenken**; von Prof. König. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 49. 1899.)

Es giebt eine *Gelenkerkrankung,* die nicht sehr häufig, aber dann in der Regel unter eigenartigen Verhältnissen auftritt und verläuft, bis sie zur Bildung lokalisirter beschränkter, schwerer

Zerstörungen an der Oberfläche des Gelenkes geführt hat, als deren Endresultat die *Bildung freier Körper im Gelenke* bezeichnet werden muss. K. hat diese Krankheit bereits im J. 1887 unter dem Namen *Osteochondritis dissecans* beschrieben. Seit 20 Jahren hat K. 70 *Gelenkkörper* beobachtet und operirt, davon 60 in Knie und Ellenbogen. 16mal war Trauma die Ursache, 8mal Arthritis deformans. Es bleiben 36 osteochondritische Körper übrig: 19 im Knie, 17 im Ellenbogengelenke. Das Jünglingsalter ist auffallend bevorzugt.

Klinisch finden sich zunächst vage „rheumatische“ Gelenkschmerzen, die sich dann aber bald lokalisiren; hierzu kommt ein eigenthümliches Knacken im Gelenke; öfters entsteht Hydrops. Die Funktionen der Gelenke leiden. In späterer Zeit, wenn der Körper sich löst, kommt es zu den bekannten Erscheinungen der *Gelenkmaus*. Diese Lösung tritt meist nach einem leichten Trauma ein. K. hat bei seinen 36 Kranken 48 Körper beobachtet, von denen 21 noch mehr oder weniger verwachsen, 27 frei waren. Unter diesen 21 Verwachsungen fanden sich 2 sekundäre Kapselverwachsungen. 12 von den verwachsenen Körpern lagen noch mehr oder weniger fest in ihrer Nische, die übrigen waren bereits gestielt. *Anatomisch* kann man in dem Verhalten der Körper zur Gelenkoberfläche 3 Stadien unterscheiden. 1. Stadium. Der Körper sitzt noch vollkommen der Gelenkoberfläche an. Man gewahrt nur in seiner Peripherie einen mehr oder weniger breiten Knorpelspalt. Setzt man einen Meissel, ein Elevatorium ein, so kann man ihn herausheben; das ihn mit der zurückbleibenden Fläche verbindende Bindegewebe zerreisst. 2. Stadium. Der Körper hat sich aus der Oberfläche erhoben und breit gestielt. Granulationengewebe verbindet ihn mit der Oberfläche (Riesenzellen). So wird der Körper allmählich gelöst, die zunächst weiche Oberfläche, von der er sich löst, benarbt bindegewebig, er fällt ab oder geht über in das 3. Stadium. Er hängt durch einen mehr oder weniger dünnen Stiel noch mit der alten Oberfläche zusammen. Hat er sich gelöst, so geht dieses vor sich durch den bekannten dissecirenden Process. Die Körper sind von verschiedener Grösse, nach dem Gelenke hin in der Regel convex, nach dem Knochen concav. Sie bestehen hauptsächlich aus Knorpel, doch hängt in der Regel ein Stück des subchondralen Knochens daran. Ob solche Körper auch verschwinden, wie bei dem Thiere, darüber wissen wir nichts Sicheres, doch ist es sehr wahrscheinlich.

Es ist mit Sicherheit ausgeschlossen, dass sich der Process in einem *Arthritis-deformans-Gelenke* entwickelt; die Kranken behalten nach der Entfernung der Gelenkkörper gesunde Gelenke. Eben so wenig kann von einem *Trauma* die Rede sein; 22 Kranke leugneten jedes Trauma; die übrigen hatten leichte Distorsionen erlitten, als sich der Knorpel löste. Das Trauma spielt aber jedenfalls insofern eine Rolle, als es die Stelle vorbereitet, in der sich die dissecirende Osteochondritis niederlässt. P. Wagner (Leipzig).

179. **Ueber partielle subcutane Zerreissung einer Beugersehne am Vorderarm mit sekundärer Bildung einer ganglionähnlichen Degenerationscyste**; von Dr. Thorn. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 918. 1899.)

Ein 20jähr. Kr. war beim Turnen vom Reck herab auf die linke Hand gefallen, und zwar auf die Beugeseite der Finger und Hohlhand, so dass diese stark dorsalwärts flektirt wurden. Es blieb ein Ausfall in der Beugefähigkeit des 2. bis 5. Fingers und des Handgelenkes zurück. Nach ca. 8 Monaten fand sich an der Volarseite des linken Carpalgelenkes, ungefähr in dessen Mitte, etwas aufwärts vom proximalen Rande des Lig. carpi transvers. volare eine fast knochenharte Anschwellung von der Grösse und Form einer halben Pflaume, die unter den Beugersehnen zu liegen schien und sich in gewissem Grade hin und her verschieben liess.

Bei der Operation ergab sich eine *partielle subcutane Zerreissung der Portio II des oberflächlichen Fingerbeugers* unmittelbar oberhalb des Lig. carpi volare. An der Stelle der Ruptur fand sich ein von der bindegewebigen Sehnenumhüllung begrenzter, mit wasserhellem, gelatinösem Inhalte gefüllter Hohlraum. Die Sehne war etwa 4 cm lang aufgefasert, rauh, von unregelmässiger Gestalt und dem Aussehen eines zum Theil aufgedrehten Strickes. Mikroskopisch zeigten sich an dieser Stelle degenerative und regenerative Vorgänge, die von Th. genau beschrieben werden.

Die wichtigsten Ergebnisse seiner Untersuchungen stellt Th. in folgenden Sätzen zusammen: 1) Es kommen traumatische subcutane Rupturen an starken Beugesehnen des Vorderarmes vor. 2) Nach erfolgter Ruptur können an den Sehnenstümpfen degenerative und reparatorische Veränderungen vorgehen, die denjenigen nach offener Durchschneidung der Sehne ähnlich sind. 3) Die reparatorischen Vorgänge an der Rissstelle scheinen eine völlige Spontanheilung herbeiführen zu können. 4) Durch die degenerativen Processe an den Sehnenstümpfen und im peritendinösen Bindegewebe kann es zu einer ganglionähnlichen Cystenbildung um die Rissstelle kommen. P. Wagner (Leipzig).

180. **Zur Gehbehandlung schwerer complicirter Frakturen der unteren Extremität**; von Dr. Wörner. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 320. 1899.)

Bei *schweren Zertrümmerungbrüchen der Beine*, mit ausgedehnten Weichtheilverletzungen, Haut- und Muskelzerreissungen und Splitterung der Knochen kann man erst nach wochenlanger, mühevoller Behandlung an die Gehbehandlung denken; sie ist um so nothwendiger, als vielfach bei den energielosen und geschwächten Kranken keine andere Behandlung die Beweglichkeit der Gelenke so schonend herbeiführt. Da genügen die einfachen Gipsverbände nicht und wir müssen diese mit Gelenken versehen. Hierzu eignen sich nach W.'s Erfahrung am besten die *Schienenhülsenapparate* aus dem von Landerer und Kirsch in die Verbandtechnik eingeführten *Celluloid*. Die Verbände

werden über einem Gipsabguss angefertigt, sie sind sehr leicht, umfassen das Glied fest und sicher, und drücken nicht. Die Haltbarkeit der Celluloidverbände ist unbegrenzt; Wundsekret hat keinen Einfluss auf sie. P. Wagner (Leipzig).

181. **Zur Ruptur der Art. poplitaea**; von Dr. W. Meyer. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 356. 1899.)

Bei dem 35jähr. Kr. war durch den Druck eines über das Kniegelenk gehenden Wagenrades neben einer Quetschwunde der Haut eine subcutane, totale, quere *Zerreissung der Art. poplitaea* mit nachfolgender Gangrän des Unterschenkels herbeigeführt worden. *Amputatio femoris; Heilung.*

Die subcutane Ruptur der Art. poplitaea war in diesem Falle ohne Blutgeschwulst und ohne Spannunggefühl in der Kniekehle verlaufen, so dass die Verletzung zunächst nicht erkannt wurde. Als die einzigen Erscheinungen in den ersten 24 Stunden zeigten sich Kälte und Taubheit im Fusse. Da diese Sensibilitätstörungen in sämmtlichen Fällen von den Verletzten hervorgehoben wurden, können sie als ein sicheres und frühes Symptom bei der Diagnose verwerthet werden.

P. Wagner (Leipzig).

182. **Eine neue operative Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre**; von Dr. N. Bardescu. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 28. 1899.)

Für die *Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre* hat B. bereits Ende 1897 die *Nervendehnung* vorgeschlagen; er ging dabei von der Anschauung aus, dass diese Geschwüre als eine *„phlebo-neurotrophische Störung"* angesehen werden könnten.

B. theilt 2 Fälle mit, in denen er die Resektion der V. saphena magna und die Dehnung des Nerven in 2 Sitzungen vorgenommen hat; für spätere Fälle will er die Operationen in *einer* Sitzung vornehmen. B. hat bei seinen beiden Kranken in Folge der Ausdehnung der Geschwüre den N. peron. comm. gedehnt. Natürlich wird jedesmal jener Nerv gewählt werden müssen, der die ergriffene Region beherrscht; für kleinere, oberflächliche, begrenzte Veränderungen wird man die entsprechenden Hautäste berücksichtigen, einen oder mehrere, wie den N. saphenus und den N. peronaeus superficialis. P. Wagner (Leipzig).

183. **Zur Nachbehandlung der Verstauchungen von Hand-, Knie- und Fussgelenk**; von Dr. K. Hasebroek. (Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 30. 1899.)

Die Schwere und die Hartnäckigkeit mancher Funktionstörungen nach einer Verletzung stehen oft in keinem Verhältnisse zur Leichtigkeit der primären Verletzung selbst. Die Störungen contrastiren bisweilen ausserordentlich mit dem Mangel eines nennenswerthen objektiven Befundes. Besonders auffallend in dieser Beziehung sind die *Verstauchungen von Hand-, Knie- und Fussgelenk.*

Zweierlei ist es, was man bei der Nachbehandlung dieser Distorsionen zu erstreben hat: 1) die Funktion der Gelenke schmerzfrei zu machen und dadurch die Kraftleistung der an sich ungestörten Muskulatur zu erhöhen; 2) das Gelenk dauernd widerstandsfähig zu machen, dass es selbst grösseren Anforderungen genügen kann, ohne zu „verwricken". H. beschränkt sich bei diesen Verstauchungen nicht auf die alleinige Behandlung durch Massage und Gymnastik, sondern macht von vornherein gleichzeitig ausgiebigen Gebrauch von Hülfsmitteln, die eine gewisse Fixirung des Gelenkes und Einschränkung der Bewegungen ermöglichen: Ledermanschette für das Handgelenk, Hülsenapparat für das Kniegelenk, Schienenstiefel für das Fussgelenk. P. Wagner (Leipzig).

184. **Ueber habituelle Schulterluxation und ihre Radikaloperation**; von Dr. F. Krumm. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 30. 1899.)

Als wichtigste anatomische Veränderung der *habituellen Schulterluxation,* die sich nahezu in allen Fällen vorfindet, ist die Erweiterung und Erschlaffung der Gelenkkapsel zu nennen, die selbst wieder begleitet und bedingt sein kann durch verschiedene sonstige anatomische Läsionen, wie Zerreissungen der Kapselspanner, Veränderungen an den Gelenkkörpern u. s. w.

Von den *operativen Eingriffen,* die bisher zur Heilung der habituellen Schulterluxation ausgeführt worden sind, nimmt die von Hueter vorgeschlagene *Resektion* den breitesten Raum ein. In Folge der durch die Resektion bedingten Minderbeweglichkeit des Gelenkes wurden in letzterer Zeit *Kapselnaht* und *Faltmethoden* bevorzugt, die bei Verhütung der Reluxation eine völlig freie Beweglichkeit im Schultergelenk gewährleisten. K. hat in einem Falle von habitueller Schulterluxation durch die von Ricard angegebene Falt- und Reffnaht der Kapsel vollkommene Heilung mit vorzüglicher Funktion erzielt. Auf die Eröffnung des Gelenkes darf man zur Feststellung etwaiger Veränderungen an den Gelenkkörpern und wegen der vielleicht nöthig werdenden Entfernung abgesprengter freier oder gestielter Gelenktheile nicht verzichten. Die extrakapsuläre Drainage durch einen Jodoformgazetampon ist für die Bildung einer straffen Narbe in der Tiefe förderlich.

P. Wagner (Leipzig).

185. **Ein Fall von Elephantiasis congenita**; von Dr. M. Mainzer. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. 1899.)

M. theilt einen Fall jener ausserordentlich selten vorkommenden Form der *angeborenen Elephantiasis* mit, die sich von dem Bilde der erworbenen Elephantiasis nicht unterscheiden lässt. Sitz der Erkrankung waren bei dem 4jähr. Mädchen namentlich der linke Arm, die beiden Unterschenkel und Füsse, sowie die äusseren Genitalien. Knochenveränderungen nicht nachweisbar; kein Myxödem; innere Organe normal.

In der Familie der Kr. sollen niemals elephantiastische Bildungen beobachtet worden sein. Bemerkenswerth ist

allerdings, dass die Mutter am linken Oberarme einen über 5-Markstückgrossen Naevus hatte, der mittels Thermokauters beseitigt wurde. P. Wagner (Leipzig).

186. **Beiträge zur Lehre der Skoliose nach Ischias**; von Dr. H. Ehret. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 660. 1899.)

Seine Anschauungen über das Zustandekommen der *Verkrümmung der Wirbelsäule bei und nach Ischias,* wie sie E. aus den Untersuchungen an der Leiche und durch klinische Beobachtungen festgestellt hat, fasst er in folgenden Sätzen zusammen: 1) Die Ursache der Verbiegung der Wirbelsäule im lateralen Sinne ist die durch die Ischias bedingte Abduktion des Beines. 2) Die Ursache der Verbiegung der Wirbelsäule in dorso-ventralem Sinne (Lordose, Kyphose, Neigung des Rumpfes nach vorn) ist die durch die Ischias bedingte Flexion des Beines. 3) Die Ursache der Besonderheiten im Sinne der Drehung ist die durch die Ischias bedingte Rotation des Beines nach aussen. 4) Entsprechend diesen drei häufigsten krankhaften Stellungen des Beines ist die heterologe Skoliose die häufigste. Durch Behinderung der compensatorischen Krümmung im dorso-cervikalen Theile kann in manchen Fällen eine homologe Skoliose zu Stande kommen; sie geht, nachdem die behindernden Ursachen gehoben sind, in eine heterologe über. 5) Ob andere seltenere Stellungen des Beines direkt eine homologe Skoliose bedingen können, lässt E. dahingestellt; unwahrscheinlich ist es nicht.

Ist die Skoliose die Folge einer bestimmten, mehr oder weniger unveränderlichen Stellung des Beines gegen das Becken, dann muss die Bekämpfung und die Beseitigung dieser Stellung des Beines zum Becken das beste Mittel sein, um die Skoliose zum Schwinden zu bringen. Je früher es möglich ist, gegen diese Stellung anzukämpfen, um so grösser ist die Möglichkeit für das Gelingen, da die sekundäre Anpassung der Gewebe an die skoliotische Stellung in frühen Zeitpunkten oder die kürzere Gewöhnung nur ein geringes Hinderniss darstellt. P. Wagner (Leipzig).

187. **Beitrag zur offenen Wundbehandlung nach Augenoperationen**; von Dr. O. Walter in Odessa. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 263. 1899.)

W. berichtet über 52 Operationen, Extraktion der Linse, Iridektomie und Punktion der vorderen Kammer, wobei er keinen Verband, sondern nur das *Praun*'sche Schutzgitter ohne Polsterung auf das operirte Auge legte, und zwar 45mal gleich nach der Operation, einige Male 1—2 Tage später. Eine ungünstige Einwirkung auf die Wundheilung sah W. niemals, glaubt vielmehr, dass die Kammer sich schneller unter dem Gitter als unter der Binde herstelle. Für den Operirten sei das Gitter viel angenehmer. Bei stärkerer iritischer Reizung, bei Blutung in die vordere Kammer zieht W. den alten Verband wegen der Wärme vor. [Ein gut sitzender, leichter Verband ist nicht schädlich, sondern nützlich, dem Kranken nicht unangenehm, sondern bequem. Ref.] Lamhofer (Leipzig.)

188. **Die Blutentziehung und die Revulsion in der Augenheilkunde**; von Dr. Ed. Pergens in Brüssel. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 191. Juni 1899.)

Eine recht angenehm zu lesende historische Studie über die Anwendung der Revulsiva, Blutentziehungen, Kauterien, Vesikantien, wie sie von der ältesten bis zur jüngsten Zeit in der Augenheilkunde üblich war, aus der aber hervorgeht, dass der therapeutische Werth all dieser Eingriffe, auf ganz alten falschen Vorstellungen beruht (z. B. das Schröpfen) und gleich Null ist. Ueber die Art der Blutentziehung, ob mittels Heurteloup oder Blutegels, streiten sich bekanntlich auch jetzt noch Augenärzte; Nutzen und Freude haben dabei nur die Hirudines. Lamhofer (Leipzig).

189. **Die subconjunctivalen Injektionen**; von C. Mellinger in Basel. (Ztschr. f. Augenhkde. I. p. 273. 1899.)

Nach der grossen Zahl von Abhandlungen, die in den letzten Jahren über die subconjunctivalen Injektionen erschienen sind und in denen deren Werth bei den verschiedensten Augenkrankheiten, von dem Trachom der Bindehaut an bis zu den Erkrankungen der Aderhaut, laut gepriesen wurde, thut es dem Leser geradezu wohl, eine wirklich objektive Beurtheilung dieser Heilmethode zu lesen.

Bekanntlich hat Rothmund 1866 zuerst von subconjunctivalen Kochsalzinjektionen bei Hornhauttrübungen Gutes berichtet, aber weitere in Aussicht gestellte Mittheilungen unterlassen. Ihm folgten einzelne Autoren, bis durch Darier und andere französische Aerzte in den letzten Jahren diese Injektionen viel verwendet und viel gelobt wurden. Die Zahl deutscher Autoren ist geringer. Wie schon gesagt, wurden die Injektionen bei den verschiedensten Krankheiten angewendet; es wurden auch verschiedene Mittel, wie Strychnin, Jodkalium, salicylsaures Natron, Jodtrichlorid, Chinin und vor Allem Sublimat injicirt. Man stritt lebhaft hin und her, ob überhaupt eine Spur dieser Mittel in das Innere des Auges gelange, man machte auf die Schmerzhaftigkeit der Injektionen, auf die Gefahren der Sublimatinjektionen, auf die Anätzung der Bindehaut und die Verwachsungen und Verödungen der Lymphräume aufmerksam und Gutmann sagt geradezu: „Leider geht es, wie es scheint, mit dieser so hoffnungsvoll angepriesenen neuen Sublimattherapie wie mit manchen anderen bei zu vorzeitiger Publikation nicht gründlich genug geprüften neuen Heilverfahren der letzten Jahre, grosse Hoffnungen werden erweckt, viele Schmerzen werden verursacht, kaum ein Heilerfolg wird erzielt, in nicht wenigen Fällen wird geschadet“.

M., dem wir verschiedene Veröffentlichungen aus der Baseler Augenklinik über die subconjunctivalen Injektionen verdanken, hat auch über die unangenehmen Erfahrungen bei Sublimatinjektionen berichtet und er hat gerade deswegen die Injektion von Kochsalzlösungen festgehalten. Jeder Injektion geht eine Cocainisirung des Auges voraus. Es wird stets eine ganze *Pravaz*'sche Spritze voll einer 2—10proc. Lösung injicirt. Die Wirkung muss als stark lymphtreibend und daher resorptionbefördernd aufgefasst werden, so lange wir nichts Bestimmtes wissen, ob Stoffe aus dem subconjunctivalen Raume in das Innere des Auges gelangen. Lamhofer Leipzig).

190. **Distichiasis congenita hereditaria**; von Dr. C. H. A. Westhoff in Amsterdam. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XXIII. p. 181. Juni 1899.)

Trichiasis, Einwärtskehrung der Wimpern, und Distichiasis, Wimpern in doppelter Reihe, werden in ihrer Bezeichnung oft verwechselt. Trichiasis kann durch verschiedene Erkrankungen der Lider entstehen, Distichiasis ist sehr selten und wohl stets angeboren. W. fand sie bei einem 8jähr. Kinde; hier war der Zustand angeboren. Ein Bruder des Kindes, die Mutter und ein Onkel litten an dem gleichen Uebel. Lamhofer (Leipzig).

191. **Ueber die Anheilung transplantirter Lippenschleimhaut an die intermarginale Fläche der Augenlidränder**; von E. Rählmann. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 173. 1899.)

R. hat seit 10 Jahren bei mehr als 1000 Kranken die Ueberpflanzung von Lippenschleimhaut auf den Lidrand gemacht mit einem Misserfolge von höchstens 1—2%. Meist waren es Trachomkranke mit verkrümmten Lidern und nach innen stehenden Wimpern. Der erste Theil der Operation besteht darin, dass der intermarginale Lidrand mit den falsch gewachsenen Wimpern durch zwei nach oben convergirende Schnitte entfernt wird. Die so entstehende keilförmige Wundfläche wird glatt gezogen, indem der vordere Lidrand mit etwa noch normalen Wimpern durch eine provisorische Naht hinaufgezogen wird. Auf die Wundfläche wird der Schleimhautlappen gelegt, der aus der Lippe zwischen Uebergangstheil und Zahnfleisch in einer Länge von ungefähr 3—4 cm und einer Breite von 1 cm genommen wurde. Ausser dem Epithel enthält der Lappen nur wenig muköses Gewebe. Der vordere Längsrand des Lappens wird durch einige Nähte mit der vorderen Lidkante vernäht (unter Umständen werden auch die Enden des Lappens in die Wundwinkel befestigt) und klebt gleich nach der Uebertragung ziemlich fest an. Darüber kommt eine Schicht Vaselin und ein leichter Verband für einige Tage. In vielen Fällen hebt sich schon nach einer Woche der Lappen nur durch seine rothe Farbe noch ab, ist aber sonst fest und glatt. In anderen Fällen bestehen durch mehrere Wochen Absonderung, Borkenbildung mit Verkleinerung des Lappens an den Rändern, ohne dass aber eine Abstossung erfolgt. Je nach der Schnelligkeit der Heilung trat auch die Empfindlichkeit in den Lappen wieder auf; manchmal blieb sie einige Monate aus.

Dem verschiedenen klinischen Verhalten entsprach auch eine zweifache Art der Einheilung des Lappens, wie R. durch histologische Untersuchung von Lidrändern, 5 Wochen nach der Operation, feststellen konnte. In den Fällen glatter schneller Heilung besteht eine echte Pfropfung, d. h. die übertragene Lippenschleimhaut ist mit vollständiger Wahrung ihres Charakters unmittelbar und vollkommen eingeheilt. Dabei sind Bindehaut- und Lippenepithel mit haarscharfen Grenzen von einander geschieden. Diese Art der Einheilung kommt bei jüngeren Personen häufiger vor, wie sie auch, sonst allseitig bestritten, bei Larventransplantationen erwiesen ist. Unterstützt wird sie durch die vegetative nahe Verwandtschaft zwischen Lippen- und Lidrandepithel (Uebergangsepithel von Haut zur Schleimhaut). In den Fällen langsamer Heilung tritt unter dem allmählich sich verändernden Epithel unter De- und Regenerationvorgängen eine Umwandlung des überpflanzten Schleimhautstückes ein, wie dies von den gewöhnlichen Hauttransplantationen her bekannt ist.

Die beigegebenen Abbildungen mikroskopischer Präparate zeigen das doppelte Heilverfahren in geradezu überraschend scharfer Weise.

Lamhofer (Leipzig).

192. **Ueber das Vorkommen des Meningococcus intracellularis bei eitrigen Entzündungen der Augenbindehaut**; von Prof. C. Fränkel in Halle a. S. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 221. 1899.)

Nach Axenfeld wird die eitrige Bindehautentzündung durch folgende Bakterien bedingt: Gonococcus, Pneumococcus, Bacillus von Koch und Weeks, Diplobacillus von Morax und Axenfeld, seltener Bacillus coli, Diphtheriebacillus und durch eine Art von „intracellulären Diplokokken", die leicht mit Gonokokken verwechselt werden können und daher bei der Untersuchung auf Cultur, Färbung und Entfärbung u. s. w. besonders streng geprüft werden müssen. F. giebt das genaue Verfahren für die Prüfung auf Meningococcus intracellularis an, den er bei 3 Kindern der Augenklinik in Halle fand, und zwar in der an Auf- und Einlagerungen reichen Bindehaut der Lider. Innerhalb der Leukocyten waren grosse Mengen von Meningokokken, die sich auf bluthaltigen Nährböden sofort zur Reincultur entwickelten. Bei einem Kinde waren diese Kokken noch nach fast 2 Monaten in grosser Anzahl leicht nachzuweisen. Bei einem anderen Kinde mit gleichem Krankheitbilde wurden in den beiden ersten Wochen

nur die mit den spitzen Enden einander zugekehrten lanzettförmigen, kapseltragenden, nach Gram färbbaren Pneumokokken gefunden, an deren Stelle in der 3. Woche nur intracelluläre Meningokokken erschienen. Dieses Kind war in dem gleichen Zimmer, wenn auch sonst vollständig getrennt, mit dem vorher erwähnten Kinde.

Lamhofer (Leipzig).

193. **Ein Fall von Lymphectasia haemorrhagica conjunctivae**; von Dr. Ferd. Zimmermann. (Beitr. z. Augenhkde. XXXVII. p. 19. 1899.)

Diese seltene Erkrankung beobachtete Z. an einer 14jähr., an Schwellung vieler Lymphdrüsen leidenden Kr. der Universität-Augenklinik von Prof. Fuchs. Die Lider des linken Auges waren verdickt, blauroth verfärbt. Bogenförmig um die Hornhaut in einer 11 mm breiten Zone verliefen mehr oder weniger stark roth gefärbte Stränge, nach der Hornhaut zu ein feineres Maschenwerk bildend. In beiden Hornhäuten waren alte Trübungen als Reste häufiger Augenkrankheiten während der ganzen Kindheit vorhanden. Nach wiederholter Ausschneidung von etwa 5 mm breiten Bindehautstreifen verschwanden die rothen Stränge.

Fuchs nimmt nach Analogie des Aneurysma arteriovenosum eine durch irgend ein Trauma entstandene und verbleibende Verbindung zwischen einem Blutgefässe und den durch chronische Bindehautentzündung erweiterten Lymphgefässen zur Erklärung des seltenen Befundes an.

Lamhofer (Leipzig).

194. **Keratosis conjunctivae**; von Dr. M. Mohr und Dr. M. Schein. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 231. 1898.)

M. u. Sch. schildern als eine bisher noch nicht beschriebene Krankheit eine Verhornung der Bindehaut, die sie bei einem 46jähr. Manne beobachtet haben. Ueber der Hornhaut war in der Ausdehnung eines Quadratcentimeters die Bindehaut in eine weisse starre dünne Platte umgewandelt, die sich auf der Lederhaut leicht verschieben liess. In dem ausgeschnittenen Bindehautstücke bildeten die verhornten Epithelzellen dicht und gleichmässig aneinander gelegte und übereinander geschichtete Zellenlagen, während sie bei der differential-diagnostisch zu berücksichtigenden Xerosis starre, leicht zerreissliche Wülste bilden. Auch sonst waren nicht die bekannten Begleiterscheinungen der Xerosis, wie Ernährungstörung, Hemeralopie u. s. w. vorhanden; auffallend war auch, dass die verhornte Stelle unter dem oberen Lide, nicht in der offenen Lidspalte gelegen war.

Lamhofer (Leipzig).

195. **Zur Diagnose von Endothelerkrankungen der Hornhaut mittels Fluorescin, insbesondere bei beginnender sympathischer Ophthalmie**; von Dr. W. Bihler in Freiburg i. B. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 32. 1899.)

B. träufelte bei verschiedenen Kranken der Freiburger Universität-Augenklinik Fluorescin in das Auge und erhielt deutliche Epithel- und Endothelfärbung. Es waren drei Augen mit frischer parenchymatöser Keratitis, wo die Grünfärbung sehr stark war, ein Auge mit Verbrennung des Epithels, ein Auge mit Glaukom, eines mit akuter Iridocyklitis. Besonders lehrreich war die Färbung in einem Auge eines Kranken, dessen anderes Auge eine schwere Verletzung erlitten hatte. Ausser der bestimmten Klage des Kranken über Blendung auf dem „gesunden Auge“ war nicht das Geringste nachzuweisen, was auf eine sympathische Erkrankung hätte bezogen werden können. Einige Tage nach der Enucleation des verletzten Auges trat in dem anderen Auge keine Grünfärbung mehr auf. Auch bei zwei Augen mit bereits fortgeschrittener sympathischer Iridocyklitis konnte B. starke Grünfärbung bewirken.

Zum Einträufeln wurde eine 5proc. Lösung von Fluorescinkalium (Grübler) mit 1—2proc. Soda benutzt. Nach Abspülen mit Borsäure oder einer 1proc. Lösung von Natr. bicarbon. tritt bei Endothelveränderung die Grünfärbung nach etwa $^1/_2$ Minute auf. Es ist gut, vor dem Fluorescin erst Cocain einzuträufeln, wodurch der Diffusionscoëfficient der Hornhaut für Fluorescin etwa um das Dreifache vergrössert wird.

Lamhofer (Leipzig).

196. **Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée**; par A. Bourgeois, Reims. (Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 55. Juillet 1899.)

Die Behandlung des Ulcus serpens ist nach B. folgende: Feuchter antiseptischer Verband bei kleinen Geschwüren; energische Reinigung der erkrankten Thränenwege, Ausspülung des Bindehautsackes, Sterilisation des Geschwürsgrundes der Hornhaut mit dem roth (nicht weiss) glühenden Thermokauter oder noch besser mit heisser Luft vermittels eines Instrumentes ähnlich dem, das die Zahnärzte bei hohlen Zähnen benutzen, antiseptischer Verband nach Einstäubung von Jodoform. Ist in der vorderen Kammer ein Hypopyon, das mehr als ein Drittel der Kammerhöhe einnimmt, so soll man die Hornhaut punktiren, den Eiter ablassen, die Kammer mit physiologischer Kochsalzlösung ausspülen und etwas von dieser Flüssigkeit in der Kammer zurücklassen. Bei 18 Kranken mit schwerer eitriger Keratitis war der Erfolg dieser Behandlung sehr gut.

Lamhofer (Leipzig).

197. **Beitrag zur Kenntniss degenerativer Processe in Hornhautnarben**; von Dr. A. Birch-Hirschfeld in Leipzig. (Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 328. 1899.)

Im Epithel und in der Substantia propria von Hornhäuten mit ausgedehnten alten Trübungen wurden von vielen Untersuchern eigenthümlich homogene stark lichtbrechende Gebilde beschrieben und bald dem Amyloid, bald dem Hyalin, bald dem Colloid zugerechnet. B. untersuchte vier derartige Augen. Danach erklärt er diese Gebilde als hyaline, deren Entstehung früher irrthümlich

in die Epithelzellen verlegt worden ist. Die Ablagerung ist nicht intra-, sondern intercellulär. Das erste Stadium der Degeneration ist die Ablagerung einer homogenen Substanz in der Hornhaut, die als ein dem Blutfibrin nahe stehendes Hyalin zu bezeichnen ist, das durch Gerinnung einer aus dem Blute stammenden Flüssigkeit unter Mitwirkung eines durch Zellennekrose gebildeten Fermentes entstanden ist; sichel- und tropfenartige Bildungen im Epithel bilden dann das zweite und der Uebergang in mehr oder minder typische Amyloidsubstanz das dritte Stadium.

Die sogen. bandförmige Hornhauttrübung entsteht wie die hyaline Degeneration durch langdauernde Ernährungsstörung. In einem von B. untersuchten Auge mit bandförmiger Hornhauttrübung bestand nur hyaline Degeneration; doch giebt B. zu, dass die von anderen Autoren beschriebene Kalkablagerung bei solchen Augen später hinzutreten könne. Lamhofer (Leipzig).

198. **Tatouage de la cornée et ophthalmie sympathique**; par A. Trousseau. (Ann. d'Oculist. CXXI. 3. p. 185. Mars 1899.)

Ein 24jähr. Mann, dessen rechte Hornhaut nach Blennorrhoea neonat. ein Leukom behalten hatte, während das Auge immerhin noch $^1/_{10}$ Sehvermögen besass, bat T. um Tättowirung des weissen Fleckes. T. rieth ihm ab. Der Kr. liess die Operation von einem anderen Arzte vornehmen, kam aber bald darauf wieder zu T. mit schwerer Iridocyklitis auf dem operirten Auge, der sympathische Entzündung des anderen Auges nachfolgte. Trotz aller Bemühung wurde und blieb der Kr. blind.

T. erwähnt noch einen ähnlichen Fall aus den früheren Jahren seiner Praxis, sowie Fälle aus der Praxis von Panas, Giraud-Teulon und anderen Aerzten. Da immer wieder von Zeit zu Zeit ein Kranker, öfter eine Kranke mit Hornhautnarbe einen Augenarzt aufsucht mit der Bitte um Tättowirung der Hornhaut und da den Leuten von Laien und auch von Aerzten gesagt wird, dass sie durch „eine ganz unbedeutende Operation“ ihren entstellenden Fleck los werden und auch viel besser sehen lernen werden, so ist es sehr gut, wenn die Gefährlichkeit dieser kosmetischen Operation betont und der so oft eintretende traurige Ausgang geschildert wird. Lamhofer (Leipzig).

199. **Untersuchungen über die Sterilisation der chinesischen Tusche zur Tättowirung der Hornhaut**; von Dr. O. v. Sicherer in München. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 22. 1899.)

Durch die von A. Hamilton im Münchener hygiein. Institute angestellten Untersuchungen wurde in der chinesischen Tusche ein ganz bestimmter Kapselbacillus nachgewiesen. Wird eine Bouilloncultur davon weissen Mäusen subcutan einverleibt, so gehen diese innerhalb 24 Stunden an Septikämie zu Grunde. S. untersuchte verschiedene feste und flüssige, im Handel befindliche Sorten von Tusche und fand stets den erwähnten Bacillus; in der unechten Tusche war er in grösserer Anzahl. Verletzungen der Hornhaut mit und Impfung von Kapselbacillen in d bewirkten heftigen Reiz und eitrige I. Steril gemachte Tusche rief nicht den ge Reiz hervor. Zur Sterilisation ist aber nothwendig entweder 1) 30 Minuten lange Einwirkung von 60° oder 2) 15 Minuten lange Einwirkung von 98° oder 3) mehrmaliges Eindampfen der Tusche. Völlige Sterilisation ist ferner durch Trockensterilisation bei 160° zu erreichen; doch besitzt eben nicht jeder Arzt den dazu gehörigen Apparat. Lamhofer (Leipzig).

200. **Ein Fall von Spontanausstossung eines Zündhütchenstückes aus dem Auge 5 Jahre nach der Verletzung**; von Dr. A. Erb in Basel. (Ztschr. f. Augenhkde. I. p. 449. 1899.)

Ein 9jähr. Knabe warf ein Zündhütchen in den Ofen; bei der Explosion sprang ihm ein Stückchen in das rechte Auge; es durchschlug die Hornhaut und blieb in der Linse stecken. Die darauf folgende starke Entzündung schwand nach 3monatiger klinischer Behandlung. Erst 5 Jahre später stellte sich der Knabe wieder vor. Angeblich soll das Auge hin und wieder etwas entzündet gewesen sein, doch wurde dies nicht beachtet. Jetzt war das Auge wieder stärker entzündet, die Hornhaut ganz trübe, nach unten aussen rothbraun verfärbt und etwas vorgebaucht. Hier lag unmittelbar der Fremdkörper an, der, jedenfalls aseptisch, die lange Zeit über ohne besondere Reizung von der Linse aus nach vorn gedrängt worden war. Er konnte mit der Pincette entfernt werden. Das andere Auge war stets gesund geblieben. Lamhofer (Leipzig).

201. **Orbital cellulitis**; by Dr. F. L. Newman. (Physic. and Surg. XXI. 3. p. 121. March 1889.)

In einem klinischen Vortrage über Entzündung des Orbitagewebes erwähnt N. eines Falles von Orbitaerkrankung mit auffallend raschem und unglücklichem Verlaufe. Ein 7jähr. Mädchen hatte einen anscheinend unbedeutenden Abscess am rechten oberen Lide (Gerstenkorn). Nachmittag holte sich das Kind noch selbst Augenwasser aus der Apotheke. Abends traten Fieber und Schmerzen auf, das Augenlid schwoll stark an. Später trat Exophthalmus des rechten Auges und Chemosis der Bindehaut ein. Die Schwellung ging auch auf das linke obere Lid über. Ein Einstich am Morgen schaffte nur eine ganz geringe Menge Eiter heraus. Das Kind wurde komatös und starb am nächsten Nachmittage nach 24stünd. Krankheit. N. lässt es dahingestellt, ob hier eine primäre Entzündung des Zellengewebes mit Thrombosis der Orbitalvene und Ausbreitung auf den Sinus cavernosus vorlag, oder ob von dem kleinen Abscesse eine eitrige Entzündung der Orbitalvene und daran sich schliessende Phlegmone der Orbita ausging. Lamhofer (Leipzig).

202. **Pseudotrachom. Exophthalmus. Coloboma maculare**; von Prof. Schmidt-Rimpler in Göttingen. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25. 26. 1899.)

Schm.-R. stellte in der medicinischen Gesellschaft in Göttingen 3 Kranke vor, einen mit Pseudotrachom, einen mit Exophthalmus in Folge akuter ausgedehnter Orbitalperiostitis, wobei der Augapfel wochenlang vor den Lidern lag und einen mit einem Colobom in der Maculagegend. Das grösste Interesse bietet der erste Kranke. In der Bindehaut des 14jähr. Kr. sassen ein-

zelne Knötchen, die Trachomfollikeln ähnlich waren, und Papillarwucherungen mit tiefen Rinnen. Auch einzelne durchsichtige bläschenähnliche Follikel sassen an der Uebergangsfalte. Die Diagnose Trachom war auszuschliessen. Der Kr. führte das Leiden darauf zurück, dass er beim Dreschen in einer Scheune viel Staub in die Augen bekommen habe. Bei näherer Untersuchung sah man aus den einzelnen Knötchen Härchen hervorragen; beim Streichen über die Bindehaut hatte man das Gefühl, als ob man über eine zarte Bürste strich. Man konnte an das bekannte Pseudotrachom in Folge von Raupenhärchen denken. Allein es waren hier keine Raupenhaare, sondern Pflanzenhärchen vom Getreide oder vielleicht von dem Inneren von Hagebutten (Juckpulver); Genaues liess sich nicht feststellen. Jedenfalls lernen wir hier *eine neue Form von Pseudotrachom* kennen (Raupenhaare, tuberkulöse, syphilitische Erkrankungen), die bisher noch nicht beschrieben ist.

Lamhofer (Leipzig).

203. **Luxation des Augapfels durch Schneuzen**; von Dr. Fr. Schanz in Dresden. (Beitr. z. Augenhkde. XXXIV. p. 33. 1899.)

Ein Glasbläser, der gewohnt war, bei der Arbeit mit vollen Backen zu blasen und dabei sogar die Ohrspeicheldrüsen stark mit Luft aufblies, schneuzte sich stark und es fiel dabei das rechte Auge aus der Augenhöhle. Aus der gleichen Veranlassung geschah dieses auf dem Wege zum Arzte und vor Sch. noch einmal. Sch. erklärt sich den Vorgang so: Durch den hohen Luftdruck in der Nase bewirkte der Mann eine Auftreibung der Nebenhöhlen; an irgend einer Stelle entstand ein Schwund des Knochens der Augenhöhlenwandung, ein weiteres starkes Schneuzen sprengte dort die Schleimhaut, die die Knochenlücke überspannte, und es entstand ein Emphysem der Augenhöhle und dadurch Luxation des Augapfels. Irgend ein Trauma hatte bei dem Manne vorher sicher nicht stattgefunden.

Lamhofer (Leipzig).

204. **A case of atrophy of the optic nerves following hemorrhage from the stomach, with a consideration of the causes of posthemorrhagic blindness**; by Dr. Sam. Theobald. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 82. May 1899.)

Ein 57jähr. Mann, der angeblich 20 Jahre lang magenleidend gewesen war, bekam innerhalb 48 Stunden wiederholte starke Magenblutungen, wurde und blieb die nächsten Wochen halb bewusstlos, konnte nicht sprechen. Gleich nach der Blutung nahm das Sehvermögen seiner früher guten Augen ab und er wurde nach 2 Wochen blind. Der Zustand besserte sich kurze Zeit, wurde aber bald darauf wieder schlechter und Th. fand bei der Untersuchung nur ein ganz kleines sichelförmiges Gesichtsfeld in der Nähe des Fixirpunktes erhalten. Die Papillen waren blass, die Gefässe der Netzhaut enge, die Papillengrenzen verwaschen.

Nach kritischer Verwerthung der Literaturangaben hält Th. Thrombose der Netzhaut-Centralarterie, seltener der Centralvene für die Hauptursache der Erblindung nach Magenblutung. Manchmal mag Blutung in den Sehnerv und dessen Scheide auch die Veranlassung sein.

Lamhofer (Leipzig).

205. **A propos de deux cas de névrite rétrobulbaire**; par E. Valude. (Ann. d'Oculist. CXXI. 4. p. 247. Avril 1899.)

Ein 43jähr. Rheumatiker bemerkte eines Morgens beim Erwachen, dass er auf dem rechten besseren Auge nicht sehe. Den Abend vorher hatte er stark gefroren, Kopfschmerzen oder andere Beschwerden dabei nicht gehabt. 5 Tage später konnte V. ausser einem grossen absoluten centralen Skotom nichts Anomales nachweisen. In der nächsten Woche wurde das Auge auf Druck empfindlich, ebenso wurden die Bewegungen schmerzhaft. 14 Tage nach dem Anfalle war das Skotom kleiner, aber jetzt war im rechten Auge eine deutliche Neuritis mit Oedem der Papille und Ischämie der Maculagegend festzustellen. Unter Darreichung von Salicyl wurde das Sehvermögen in einigen Wochen wieder ganz normal; mit dem Augenspiegel war kaum eine geringe Verfärbung der Papille zu sehen.

V. macht auf das späte Auftreten der Papillenveränderung und auf die Einseitigkeit der Krankheit aufmerksam, da nach de Wecker gerade das doppelseitige Auftreten für die rheumatische Form der Neuritis retrobulbaris maassgebend sei.

Eine 35jähr. Frau, die mehrere Fehlgeburten durchgemacht hatte, erwachte eines Morgens mit heftigem rechtseitigen Kopfschmerz und Ptosis des rechten Lides. 4 Wochen später bemerkte sie beim Erwachen, dass ihr linkes Auge erblindet sei, und begab sich in V.'s Behandlung. Rechts bestand Ptosis, links sehr stark ausgesprochene Neuritis und Sehvermögen = $^1/_{40}$. Dazu kamen in der nächsten Zeit Blutungen und Exsudate in der Netzhaut, so dass ein Augenspiegelbild wie bei Retinitis albuminurica entstand. Das Sehvermögen erlosch ganz. Antiluetische Behandlung. Nach weiteren 3 Wochen schwanden die Lähmung am rechten Auge und der Kopfschmerz. Links gingen die Blutungen der Netzhaut zurück; der Sehnerv blieb atrophisch. Einige Monate später trat bei der Frau, während sie ihr Kind noch nährte, die Menstruation ein, zugleich aber unter Kopfschmerzen vollständiger Verlust des Geruchssinnes und der Empfindlichkeit der Schleimhaut der Nase und der Bindehaut des Auges (nicht der Hornhaut). Neue antiluetische Behandlung bewirkte keine Veränderung.

V. giebt selbst zu, dass es sich bei dieser Kranken streng genommen nicht um eine Neuritis retrobulbaris, sondern um eine mit cerebraler Erkrankung verbundene Entzündung am Foramen opticum gehandelt habe. Die Periostitis linkerseits mag ein Weniges über die Medianlinie sich ausgebreitet und die N. olfactorii geschädigt haben, während die Ptosis rechts sich als ein zufälliger auf der gleichen allgemeinen syphilitischen Basis beruhender Befund darstellte.

Lamhofer (Leipzig).

206. **Ueber die Fuchs'sche periphere Atrophie des Sehnerven**; von Dr. K. Kiribuchi in Tokio. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 76. 1899.)

Im Jahre 1885 machte Fuchs auf eine bei allen erwachsenen Menschen vorkommende Atrophie gewisser peripherischer, unmittelbar unter der Piascheide und um die Centralgefässe gelegener Nervenbündel des Sehnerven aufmerksam.

Von Michel wurde diese scheinbare Atrophie als Entwicklunghemmung der Markscheidenbildung erklärt; Wagenmann gab bekannt, dass er diese Atrophie schon bei Kindern gefunden habe. Nach K. liegt gar kein pathologischer Befund vor. Was Fuchs als peripherische atrophische Nervenbündel angesehen hat, ist ein den Sehnerven mantelartig umgebendes normales Gliagewebe, wie es um Gehirn und Rückenmark ist. Am meisten ist es im vordersten Theile des Sehnerven und im intra-

kanalen Theile entwickelt. Es umhüllt auch das Chiasma und die Tractus optici.

Lamhofer (Leipzig).

207. **Ueber endo-oculäre Galvanocaustis**; von Prof. van Millingen in Constantinopel. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XXIII. p. 161. 1899.)

Gegen schwere intraoculäre Infektion lassen oft alle gepriesenen Mittel im Stiche. Von den in der jüngsten Zeit gerühmten Sublimatinjektionen spricht man schon kaum mehr. Dem Wunsche nach antiseptischen Wirkungen steht die neueste Ansicht gegenüber, dass Sterilität die Heilung von Wunden geradezu verzögere. van M. wendete bei drei schweren Augenverletzungen mit beginnender Eiterung und bei einem an grauem Staar Operirten mit Iritis und Hypopyon die Glühschlinge an, indem er sie mehrere Millimeter tief in den Glaskörper ungefähr 3 Sekunden lang senkte. In allen 4 Fällen trat eine geradezu wunderbar schnelle Besserung, bez. Heilung ein. Lamhofer (Leipzig).

208. **Die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit und ihre Indikationen**; von Prof. H. Schmidt-Rimpler in Göttingen. (Sond.-Abdr. aus d. Therapie d. Gegenwart April 1899.)

Mit einer tabellarischen Uebersicht über 19 wegen Myopie sehr hohen Grades operirte Kranke verbindet Schm.-R. eine ausführliche Besprechung der Indikation der operativen Behandlung der Myopie, des alleinigen Nutzens dieser Methode in der optischen Besserung, und auch der Gefahren der Operation.

Schm.-R. erkennt die operative Methode der Behandlung der Kurzsichtigkeit zwar als dankenswerthen Fortschritt an, legt aber wie Fuchs u. A. zugleich einen grossen Werth auf strenge Fassung der Indikation, damit nicht mehr geschadet als genützt werde. Lamhofer (Leipzig).

209. **Ein Beitrag zur Frage der Myopieoperation**; von Dr. E. Hertel in Jena. (Arch. f. Ophthalm. XLVIII. 2. p. 421. 1899.)

H. macht auf eine Complikation aufmerksam, die an verschiedenen, in der Universität-Augenklinik in Jena operirten jungen Kurzsichtigen nach der Linsenentfernung sich einstellte. Es ist dies eine allmähliche Verschlechterung des nach der Operation festgestellten Sehvermögens, die einerseits auf Bildung starken Nachstaares, andererseits auf Trübung des vorderen Theiles des Glaskörpers beruht. Gerade letzterer Umstand ist sehr zu berücksichtigen, da eine fortdauernde Verdichtung des Glaskörpers die Gefahr einer Netzhautablösung steigert. H. meint, dass deswegen die Ansicht Derer mehr als berechtigt ist, die, bis weitere sichere Erfahrungen vorliegen, die Myopieoperation principiell nur einseitig ausführen.

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

210. **Ueber Akklimatisation in Grossstädten**; von F. Weleminsky. (Arch. f. Hyg. XXXVI. 1. p. 66. 1899.)

Die Frage, ob sich die Bevölkerung in den modernen Grossstädten ohne Zuzug vom Lande erhält, oder ob sie ohne fortwährende Zuwanderung aussterben würde, ist viel umstritten. Durch hygieinische Verbesserungen ist die Sterblichkeit in den Städten bedeutend herabgesetzt, dagegen ist die Frage nach der „Erhaltung der Art“, gemessen an dem Ueberschusse der Geburten über die Sterblichkeit, noch durchaus ungeklärt, sie ist auch schwer zu beantworten, da bei der eigenthümlichen Zusammsetzung der grossstädtischen Bevölkerung mit ihrem Uebergewichte der mittleren, lebenskräftigsten Altersklassen die einfachen Ziffern weder für die Mortalität, noch für die Natalität den richtigen Maassstab abgeben. Auf Grund ausführlicher statistischer Darlegungen kommt W. zu dem Schlusse, dass auch gegenwärtig viele Grossstädte thatsächlich eine absterbende Bevölkerung haben, es liegt das vor Allem an der geringen Geburtenziffer, bei anderen Städten auch an der zu hohen Sterblichkeit besonders der Säuglinge. Negativ in Bezug auf das innere Wachsthum sind alle Millionenstädte ausser London, ausser der Bevölkerungzahl kommen für die Verhältnisse im Einzelnen noch die geographische Lage, das Klima und die Wohnungdichtigkeit in Betracht. Bei der Concentration der Bevölkerung in den Grossstädten ist daher ein allmähliches Zurückgehen der Bevölkerungzunahme der Länder wahrscheinlich, allerdings nur unter der Annahme, dass die gegenwärtigen Verhältnisse sich gleichbleiben. Woltemas (Diepholz).

211. **Die Entwickelung der Kindersterblichkeit in den europäischen Staaten**; von Dr. F. Prinzing. (Jahrbb. f. Nationalökon. u. Statistik 3. F. XVII. 1899.)

Eine zusammenfassende Darstellung der Geschichte der Kindersterblichkeit für Europa, ja selbst für Deutschland, fehlte bisher vollständig. Da von einer solchen aber werthvolle Aufschlüsse zu erwarten waren, so füllt die Veröffentlichung Pr.'s eine schwer empfundene Lücke aus. Aus den einleitenden Bemerkungen ist zu entnehmen, dass im Durchschnitte ca. 4% aller Geborenen todt zur Welt kommen; die in den einzelnen Ländern zu beobachtenden Schwankungen sind auf Gesetz und Sitte des Landes zurückzuführen. Als Ursachen für Todtgeburten kommen in Betracht: frühzeitige Heirathen (z. B. in Finland), frühzeitige Geburten, verzögerte Geburten in Folge von engem Becken, Erkrankungen der Eltern (Syphilis, Blei-

vergiftung u. s. w.), hohes Alter der Mutter; namentlich uneheliche Erstgeborene männlichen Geschlechtes kommen besonders häufig todt zur Welt. Die Sterblichkeit der Kinder ist in der Stadt im Allgemeinen geringer als auf dem Lande, mit Ausnahme der Grossstädte (London und besonderer Verhältnisse halber Paris ausgenommen). Rasse und Nationalität haben keinen nachgewiesenen Einfluss. Die Grösse der Geburtziffer beeinflusst die Kindersterblichkeit nicht, eben so wenig kann man sagen, dass eine hohe Kindersterblichkeit dadurch günstig wirke, dass durch sie schwächliche Kinder ausgeschieden werden.

Aus der nun folgenden Statistik geht deutlich hervor, dass den Haupteinfluss auf die Kindersterblichkeit die Ernährung des Kindes hat. Die Sterblichkeit ist am niedrigsten in Ländern, in denen die Kinder von der Mutter (oder von der Amme) gestillt werden (England, ohne die Fabrikbezirke, Schottland, der Westen von Frankreich, Dänemark, Norwegen, Schweden). In Ländern mit grosser Betheiligung der Frauen an der Fabrikarbeit ist die Kindersterblichkeit, da den Kindern die Mutterbrust entzogen wird, sehr gross (z. B. in manchen Distrikten Deutschlands und Englands). Von den europäischen Staaten haben die grösste Kindersterblichkeit Deutschland, Oesterreich und Italien.

Der Verlauf, den die Säuglingsterblichkeit in den einzelnen Theilen Deutschlands nahm, ist ein sehr verschiedener. Ganz allgemein, nur mit Ausnahme des Königreichs Sachsens, ist ein erhebliches Anwachsen in den 50er und 60er Jahren nachzuweisen. In den 60er Jahren tritt aber eine grosse Verschiedenheit zwischen Nord- und Süddeutschland ein, indem in allen Staaten des letzteren die Kindersterblichkeit ihr Maximum erreicht, das in Norddeutschland fast allgemein in die Periode 1871—1875 fällt. Hiervon machen nur die nordöstlichen Provinzen Posen, Ost- und Westpreussen eine Ausnahme, in denen schon seit 1871 eine, wenn auch kleine Abnahme zu bemerken ist. Wenn man allein den Verlauf der Kindersterblichkeit seit 1871—1875 in's Auge fasst, so fällt vor Allem die riesige Abnahme derselben in den süddeutschen Staaten, besonders in Württemberg, auf, die seitdem ohne jede Unterbrechung ihren Fortgang genommen hat. Dasselbe zeigt sich in der Provinz Hessen-Nassau und in Berlin. In den übrigen norddeutschen Staaten folgt zwar der bedeutenden Steigerung 1871—1875 überall schon im nächsten Jahrfünft ein mehr oder weniger grosser Rückgang, dem fast ebenso allgemein in den ungünstigen Jahren 1881—1885 eine kleine Zunahme folgt; im letzten Jahrzehnt dagegen verhalten sich die einzelnen Theile Norddeutschlands sehr verschieden: einerseits steigt die Kindersterblichkeit in den Provinzen Brandenburg, Pommern, Schleswig-Holstein, ferner im Grossherzogthum Mecklenburg in den Jahren 1886—1895 ganz beträchtlich an; in den Provinzen Sachsen und Rheinland ist die Zunahme ebenfalls vorhanden, aber sie ist nur mässig; in anderen Theilen bleibt dagegen die Kindersterblichkeit nahezu gleich (wie im Königreich Sachsen, in den Provinzen Westfalen, Schlesien, Posen, Ost- und Westpreussen), während eine dauernde und beträchtlichere Abnahme, abgesehen von Berlin, nirgends nachzuweisen ist.

In den ausserdeutschen Ländern Europas finden wir eine ausgesprochene Abnahme in der Schweiz, in Holland, Italien, Finland, Schweden und Norwegen. In den übrigen europäischen Staaten sind die Schwankungen gering; meist zeigt sich eine Zunahme in den 50er und 60er Jahren mit nachherigem Rückgange, der in Oesterreich andauerte; in einer Anzahl von Staaten dagegen sehen wir 1886—1895 eine kleine Zunahme, so in Belgien, Grossbritannien und Irland. Frankreich, Dänemark und Russland haben in den letzten 2 Jahrzehnten, von ganz kleinen Schwankungen abgesehen, eine gleichmässige Höhe der Kindersterblichkeit. H. Beschorner (Dresden).

212. **Die Vergleichbarkeit der Sterblichkeitsziffern verschiedener Zeiträume**; von Dr. Fr. Prinzing in Ulm. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3. p. 416. 1899.)

Pr. sucht durch Anführung von Beispielen zu zeigen, dass man eine Ab- und Zunahme der allgemeinen Sterblichkeit vorsichtig beurtheilen muss. Man muss die Säuglingsmortalität und Geburtziffer zunächst ausschalten und muss bei dem bedeutenden Rückgange der Sterblichkeit der Uebereinjährigen auf die Betheiligung der Todesursachen eingehen. Die Abnahme der Sterblichkeit der Uebereinjährigen, namentlich seit 1870, ist auf die Fortschritte der Hygieine und die sanitätspolizeilichen Maassnahmen, ferner auf die wirthschaftlich günstigere Lage zurückzuführen.

H. Beschorner (Dresden).

213. **Hygieniske undersögelser i Finmarkens fiskevär**; af Yngvar Ustvedt. (Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 19. S. 623. 1899.)

Die Trinkwasserverhältnisse an den Fischereiplätzen in Finmarken sind im Allgemeinen wenig zufriedenstellend, theilweise schlecht. Die Brunnen, die vorhanden sind, entsprechen vielfach nicht den einfachsten Anforderungen der Hygieine, sie sind meist schlecht gegen Verunreinigung geschützt, auch manchmal an Orten mit verunreinigtem Boden angelegt, meist nicht gefasst, sondern einfach in die Erde gegraben und mit Bretern bedeckt, nur manchmal überbaut. An einzelnen Stellen stammt das Wasser aus kleinen Flüssen oder Bächen, die gutes Wasser geben, aber mitunter ist die Leitung schwierig. An manchen Orten, wo sich Leitung von fliessendem Wasser befindet, ziehen die Fischer trotzdem das Wasser der näher gelegenen Brunnen vor, die häufig mitten zwischen den Häusern liegen. Nur an wenigen Orten giebt es Brunneneimer zum

Schöpfen des Wassers, gewöhnlich nimmt Jeder sein eigenes Gefäss zu diesem Zwecke.

Untersuchungen des Wassers zur Zeit einer grossen Typhusepidemie im Jahre 1896, die im hygieinischen Institut der Universität zu Kristiania vorgenommen wurden, ergaben in allen Proben reichlichen Gehalt an Chloriden, in einer Probe zeigte sich ein Gehalt von 0.173 g NaCl im Liter Wasser, was vielleicht auf einen Zutritt von Seewasser deuten kann; in allen Proben fanden sich Spuren von NH_3. U. fand bei der bakteriologischen Untersuchung in einem Brunnen 8600 Bakterien im ccm Wasser, in einem anderen 6000, in einem 3. unzählige.

Die dringend nöthige Abhülfe dürfte nach U.'s Ansicht am besten durch Wasserleitungen geschafft werden können, die aber an ihrem Ende verzweigt sein und an verschiedenen Stellen Wasserposten haben müssten. In Vardö befindet sich eine Wasserleitung, deren Quellen aber nicht genügend vor Verunreinigung geschützt zu sein scheinen. U. fand bei der Untersuchung des an verschiedenen Posten entnommenen Wassers 6000, 6500 und 6950 Bakterien im Cubikcentimeter. Die Behörden haben allerdings ihre Aufmerksamkeit auf diesen Uebelstand gerichtet, aber, da der Ort auf einer Insel liegt, wo sich andere Wasserquellen als die benutzten nicht finden, müsste man, um eine Besserung herbeiführen zu können, Wasser vom Festland nach der Insel leiten.

Die Wohnungen fand M. oft feucht und kalt, oft ohne Untergrund, nicht den erforderlichen Luftraum für jeden Bewohner bietend, aber die Verhältnisse waren nicht ganz so schlecht, wie man bei so grossem Zusammenfluss von Menschen erwarten sollte, wenigstens nicht so sehr verschieden von anderen Massenquartieren. Die Reinlichkeit lässt manches zu wünschen übrig, aber die Fischer selbst sind schwer dazu zu bringen, die bestehenden hygieinischen Vorschriften zu beachten.

Walter Berger (Leipzig).

214. **Een filter tot ontijzering van drinkwater**; door Dr. H. P. Kapteyn. (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. 3. 1899.)

Zur Entfernung von Eisen aus Trinkwasser hat K. ein Filter construirt, das grosse Mengen von Eisen zu beseitigen im Stande ist, leicht zu reinigen ist und das Wasser rasch durchlässt.

Im Wesentlichen besteht dieses Filter aus 2 Lagen. Die oberste Lage ist 40 cm hoch und besteht aus sehr sorgfältig gewaschenem feinen weissen Sand, der alles lösliche Oxyd zurückhält; darunter befindet sich eine 10 cm hohe Lage, die aus fein gestossenem Graphit aus Gasretorten besteht, um eventuell vorkommende Oxydule zu binden. Darunter befindet sich eine Kieselschicht, die feine Theilchen von Kohle und Sand zurückhält.

Obwohl auch andere Kohlensorten dieselbe Eigenschaft haben, wählte K. nach vergleichenden Versuchen den Graphit, weil dieser das Wasser farbloser durchlässt, als die anderen Kohlensorten.

Mit einem Cylinder von 150 cm Durchmesser lassen sich 2000 Liter in der Stunde filtriren.

Walter Berger (Leipzig).

215. **Ett inlägg i frågan om läkarnes i Finland förtegenhetspligt**; af E. W. Nyberg. (Finska läkaresällsk. handl. XLI. 5. s. 682. 1899.)

Fälle, in denen der Arzt als Zeuge gegen seinen Pat. dienen soll, sind selten, doch hat die Frage, wie der Arzt in solchen Fällen zugleich seiner Pflicht als Staatsbürger zu genügen hat, ohne gegen die Pflicht der Wahrung des ärztlichen Geheimnisses zu verstossen, Interesse. N. theilt deshalb folgende Rechtssache mit, in der er als Zeuge vernommen werden sollte.

Ein verheiratheter Mann, der in Amerika weilte, hatte auf nach Jahr und Tage an ihn ergangene Aufforderung sich nicht wieder eingestellt, weshalb seine Frau sich dem Gesetze gemäss von ihm scheiden liess und mit einem Anderen die Ehe einging. Der 1. Mann kam nun zurück und suchte, um die Ehe, die seine geschiedene Frau eingegangen hatte, ungültig zu machen, nachzuweisen, dass schon vor eingegangener Ehe ein Verhältniss zwischen der geschiedenen Frau und dem 2. Manne bestanden habe, so dass die Frau wegen Ehebruchs belangt werden konnte. Es war bekannt, dass N. die Frau vor ihrer 2. Verheirathung einmal besucht hatte, und man glaubte, dass durch N.'s Aussage über die Krankheit der Frau etwas Klarheit in die Sache kommen könne. N. weigerte sich, gegen seine Pat. zu zeugen und verweigerte den Zeugeneid. Trotz wiederholter Proteste wurde N. aber gezwungen, Zeugniss abzulegen und die Frau wurde verurtheilt.

Durch genauere Ueberlegung und Besprechung mit Fachmännern ist N. später zu der Ueberzeugung gekommen, dass er mit der Weigerung, den Zeugeneid zu leisten, einen Fehler begangen habe. Er meint nun, er hätte den Zeugeneid unweigerlich leisten und auf mit der Forderung der ärztlichen Verschwiegenheit ihn in Widerspruch bringende Fragen unter Hinweis auf seinen Eid als Arzt die Antwort verweigern sollen, er hätte dann zugleich seiner Zeugenpflicht und der durch den ärztlichen Eid von ihm geforderten Pflicht der Verschwiegenheit genügt. N. meint, wenn ein Arzt den Zeugeneid leiste, handle er als Staatsbürger und könne Zeugniss ablegen, über Alles, was er als Privatmann wisse, was ihm aber in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut worden sei, gehöre nicht dazu.

Walter Berger (Leipzig).

216. **Om et tilfälde af ligfödsel**; ved K. J. Figenschau. (Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 544. 1899.)

Bei einem Brande war eine Frau mit ihrem 3 Jahre alten Kinde in der Nacht vom 1. bis 2. Juli 1899 in den Flammen umgekommen. Am 4. Juli begannen die Leichen schon in Fäulniss überzugehen, an der Leiche der Frau, an der einzelne Theile der Haut verkohlt waren, traten Gasblasen zwischen den Lippen hervor und der Unterleib war bedeutend aufgetrieben. Am 7. Juli Abends wurden die Leichen von Verwandten besichtigt, ohne dass dabei etwas Auffälliges gefunden wurde. Am 8. Juli früh aber fand man zwischen den Beinen der Leiche ein dem An-

scheine nach etwa ausgetragenes Kind, dessen Nabelstrang mit der mit ausgetriebenen Placenta in Verbindung stand; der Uterus war invertirt und lag ebenfalls zum Theil vor der Vulva, in der Form einer kindskopfgrossen Blase, nach deren Anstechen übelriechendes Gas in grosser Menge austrat. Der Unterleib war noch in hohem Grade durch Gase aufgetrieben. Als möglich ist es anzunehmen, dass im Todesaugenblicke Uteruscontraktionen mit Erweiterung des Muttermundes stattgefunden haben kann, wodurch die spätere Austreibung der Frucht durch die Gase erleichtert wurde.

In Norwegen sind, wie eine Nachschrift zu dieser Mittheilung (von Rs. Hansson) angiebt, vorher 3 Fälle von Leichengeburt bekannt geworden. Den 1. hat Distriktsarzt C. A. Schjelderup aus dem ärztlichen Distrikt Trondenäs (Medicinalbericht für 1871) mitgetheilt, er betraf eine unentbunden gestorbene Frau, nach deren Tod das Kind angeblich ausgetrieben wurde. — Der 2. Fall ist von Kommunearzt B. Lange in Aasnäs (Forhandl. i det norske med. Selsk. 1880. S. 233) mitgetheilt, der 3. von Prof. Schönberg (Forhandl. 1893. S. 92). Walter Berger (Leipzig).

217. **Casuistische Mittheilungen über pellagröse Geistesstörungen**; von Fr. Mayer. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 66. 1899.)

In der Irrenanstalt von Czernowitz beobachtete M. seit dem Jahre 1894 43 Pellagrakranke mit Geistesstörungen, allen Fällen war der Charakter der Melancholie gemeinsam, oft gepaart mit hallucinatorischem Wahnsinn und raptusartigen Angstanfällen. Diese Geistesstörungen treten anfangs, wie überhaupt die ganze Krankheit, periodisch auf und verschwinden mit dem Zurückgehen der anderen Symptome, woraus sich bei forensischer Begutachtung oft Schwierigkeiten ergeben.

Die mitgetheilten Fälle sind folgende.

1) Ein Bauer hatte seine Frau ohne irgend welches Motiv erschossen. Nach längerer Untersuchunghaft kam er zur Beobachtung in die Irrenanstalt, Zeichen einer Geistesstörung wurden nicht nachgewiesen, wohl aber solche eines abgelaufenen Pellagraanfalles und es wurde angenommen, dass die That in einem psychopathischen Anfalle begangen worden war.

2) Ein Bauer hatte seiner 1½jähr. Tochter mit einer scharfen Hacke den Hals durchtrennt. Er litt an vorgeschrittener Pellagra, ausgesprochener Melancholie, bedeutender Abschwächung der Intelligenz, war ohne Erinnerung an die That, hatte sich schon häufig tagelang bei tiefer Bewusstseinstörung und nachherigem Erinnerungdefekt umhergetrieben. Es wurde angenommen, dass er den Mord in einem derartigen Dämmerzustande begangen hatte.

3) Ein wegen Majestätsbeleidigung angeklagter Schwachsinniger litt an leichter Pellagra. Als Folge der Pellagra tritt ausgesprochener Schwachsinn erst in ihrem Endstadium auf, gleichzeitig mit körperlichem Verfall. Da ein solcher bei dem Untersuchten nicht bestand, war der Schwachsinn nicht als pellagröse Erscheinung aufzufassen; es liess sich auch anamnestisch nachweisen, dass er seit jeher bestanden hatte.

Woltemas (Diepholz).

218. **De l'hypertrophie du thymus considérée comme obstacle à l'établissement de la respiration chez le nouveau-né**; par E. Perrin de la Touche. (Ann. d'Hyg. publ. etc. 3. S. XL. 6. p. 557. Déc. 1898.)

Bei einem todt aufgefundenen reifen Neugeborenen fand Vf. eine Thymus von 5 cm Höhe, 5 cm Breite, 2 cm Dicke, 17 g Gewicht. Die Lungen enthielten keine Luft, Spuren von Gewalt fanden sich nicht. Die Mutter gab an, das Kind habe sich nach der Geburt bewegt, aber nicht geschrien. Vf. hält es für wahrscheinlich, dass die Athembewegungen wegen der vergrösserten Thymus ausgeblieben sind. Woltemas (Diepholz).

219. **Ueber eine Methode zum chemischen Nachweis von Kohlenoxydblut**; von Prof. Ipsen. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 46. 1899.)

Die meisten der zahlreichen chemischen Methoden zum Nachweise von CO im Blute verwerthen die charakteristische Beeinflussung des CO-freien Blutes durch Reduktionmittel, bei dem von Ip. angegebenen Verfahren werden die reducirenden Eigenschaften des Traubenzuckers benutzt. Von dem verdächtigen und von gewöhnlichem, zur Probe dienendem Blute gelangen je 4—5, bei ausreichenden Blutmengen je 10 ccm in 2 Reagenzröhrchen von annähernd gleichem Querschnitte, zu beiden Flüssigkeiten werden einige Tropfen Alkalilauge bis zur schwach alkalischen Reaktion und eine kleine Messerspitze fein pulverisirten Traubenzuckers hinzugesetzt. Die Oeffnungen der Röhrchen werden mit einem Pfropfen gewöhnlicher, nicht entfetteter Watte fest verschlossen, der Pfropfen wird etwas in das Glas hineingeschoben und durch Aufgiessen von verflüssigtem Paraffin der luftdichte Abschluss vervollständigt. Nach dem Erstarren des Paraffins werden die Röhrchen gehörig durchgeschüttelt und hierauf an einem kühlen Orte aufbewahrt. Nach 4—5 Stunden ist das CO-Blut intensiv lichtkirschroth, das gewöhnliche Blut dunkelschwarzroth, die Farbendifferenzen werden im Laufe des ersten Tages noch prägnanter und erhalten sich, wenn auch nicht in derselben Lebhaftigkeit, Monate lang, besonders deutlich werden sie beim Schütteln an dem auftretenden Schaume sichtbar. Nähert man die geschlossenen Röhrchen vorsichtig der Horizontalen und betrachtet beim Aufrichten derselben das an der Wandung zurückfliessende Blut, so zeigt sich in der dünnen Schicht ein Farbenunterschied noch dann, wenn dem Blute nur 10—8% CO-Blut beigemischt sind; es erscheint dann lichtroth, gewöhnliches Blut deutlich violett. Der chemische Vorgang besteht darin, dass in dem gewöhnlichen Blute das Sauerstoffhämoglobin zu Hämoglobin reducirt wird, während das CO-Hämoglobin unverändert bleibt.

Woltemas (Diepholz).

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

VI. Bericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete der Balneotherapie und Hydrotherapie.[1])

Von
Dr. Franz C. Müller in München.

A. Balneologie.

1) *Balneotherapie.*

Koeppe, *Die physikalisch-chemische Analyse der Mineralwässer.* (Arch. f. Balneother. u. Hydrother. I. 8. 1898.)

K. findet, dass die bisherigen Mineralwasseranalysen kein klares Bild geben, weil sie bei der Berechnung des Salzgehaltes einer Quelle der Willkür Spielraum lassen. Da nach seiner Auffassung die Salze nicht allein als solche, sondern in ihre Ione gespalten vorkommen, so müsste eine exakte Analyse nicht den Gehalt an berechneten, sondern an wirklich vorhandenen Bestandtheilen ergeben, also die Ione zählen. Nun kommen aber die Salze nicht blos als Ione vor, sondern es giebt auch nicht-dissociirte Salzmoleküle. Ein Einblick in die Zusammensetzung einer Quelle wird mithin nur durch die Vereinigung der chemischen mit der chemisch-physikalischen Analyse gewährleistet. Wie man dabei vorzugehen hat, zeigt K. an dem Sprudel Augusta-Victoria zu Selters a. d. Lahn.

„Jedes in einem Liter Lösungsmittel gelöste Grammmolekül Substanz erniedrigt den Gefrierpunkt dieser Lösung um einen bestimmten Betrag. Es lässt sich also aus der Gefrierpunktserniedrigung einer Lösung die Zahl der gelösten Moleküle ermitteln. Diese Zahl ist proportional dem osmotischen Drucke der Lösung, da die gelösten Körper sich wie Gase verhalten und die Gesetze des Gasdrucks auf sie Anwendung finden. Da nach den Gesetzen der elektrolytischen Dissociation die Moleküle eines Elektrolyten eine Spaltung in ihren Bestandtheile-Ionen erfahren, so muss bei Lösung eines Elektrolyten mit der Zunahme der Moleküle auch der Gefrierpunkt eine um so grössere Erniedrigung erfahren. Während die Zahl der gelösten Moleküle aus der Gefrierpunktserniedrigung bestimmt wird, wird der Gehalt der Lösung an elektropositiven und elektronegativen Ionen durch die Bestimmung der elektrolytischen Leitfähigkeit constatirt. Die Differenz zwischen der auf chemischem Wege durch ionistische Bestimmung gewonnenen Molekülzahl und der durch die elektrolytische Leitfähigkeitmethode der physikalisch-chemischen Analyse nachgewiesenen Molekülzahl würde dann durch die neutralen, elektrisch nicht leitenden Salzmoleküle und neutralen Gasmoleküle erklärt werden. Die Zahl der letzteren könnte durch Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung bei vollem CO_2-Gehalt gefällt und nach Vertreibung der letzteren controlirt werden.“ Diese etwas schwierigen Auseinandersetzungen werden durch das oben angeführte Beispiel praktisch und anschaulich erläutert und die neue Methode scheint einen wesentlichen Fortschritt in der Mineralwasseranalyse darzustellen.

H. Schmidt in Marienbad, *Zur Lehre von der physiologischen Wirkung des Eisenmoores.* (Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 294. 1899.)

Die an 2 gesunden jungen Leuten vorgenommenen Versuche haben ergeben, dass bezüglich der Wirkung auf Diurese, Athmung und Herzthätigkeit zwischen heissen Wasserbädern und gleich hoch temperirten Moorbädern kein Unterschied besteht. Ein Theil-Moorbad erzeugte im gereizten Gliede auch keine Hyperleukocytose. Der Vf. schliesst mit den Worten: „Die Aussichtslosigkeit, auf dem Wege der hier unternommenen oder ähnlicher physiologischer Untersuchungen eine den Moorbädern specifische Wirkung abzugewinnen, veranlasste mich, meine Versuche abzubrechen. Diese specifische Wirkung müsste in anderer Richtung gesucht werden“.

Kisch, *Ueber die Verbindung der Bewegungstherapie mit der Balneotherapie.* (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 14. 1899.)

Die gleichen Gründe, die K. veranlasst haben, die mechanische Behandlung von Herzkrankheiten und Fettleibigkeit durch die Terrainkur einzuschränken, zwingen ihn, vor übertriebener mechanischer Behandlung (Massage, Gymnastik, Radfahren u. s. w.) in den Kurorten bei anderen Krankheiten zu warnen. Auch die Fortsetzung einer gynäkologischen Kur während des Bade-

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLIX. p. 189.

aufenthaltes wird verworfen. Namentlich spricht sich K. gegen das kritiklos geübte Radfahren der Fettleibigen aus, durch das enorme Pulsfrequenz, hohe Blutdrucksteigerung und sekundäre Herzschwäche veranlasst werden. Gegen die unter ständiger ärztlicher Controle geübte maschinelle Widerstandsgymnastik ist nichts einzuwenden.

Morgenroth, *Ueber den Bakteriengehalt der künstlichen und natürlichen Mineralwässer.* (Hyg. Rundschau 4. 1899.)

Aus einer Reihe von Untersuchungen findet M., dass die künstlichen Mineralwässer meist reich an Keimen sind, dass sich solche aber auch zahlreich in den natürlichen Mineralwässern vorfinden. Der Keimgehalt schwankt zwischen 20 pro Cubikcentimeter bis zu vielen Tausenden und hängt nicht immer von ungenügender Reinigung der Flasche, sondern vielfach von mangelhafter Sterilisirung des Korkes ab. Damit stimmt überein, dass die verkorkten Flaschen eine andere Bakterienflora zeigten als die mit Patentverschluss versehenen. Sehr keimreich sind die auf den Strassen verkauften Erfrischungswässer und Limonaden und viele Keime finden sich in den auf den Etiketten als keimfrei bezeichneten Produkten. Ein grosser Missstand liegt darin, dass die Krüge und Flaschen vielfach nach der Leerung zu Haushaltungzwecken verwendet, schliesslich aber zurückgegeben werden. Es ist mithin peinliche Genauigkeit bei der Reinigung nöthig, trotz der aber bei ungenügender Aufsicht bei der Füllung das Wasser verunreinigt werden kann.

Verdy, *Traitement des affections aiguës du poumon par la balneation chaude.* (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. XLIII. 83. 1896.)

Die Temperatur der Bäder schwankt zwischen 36° und 38° C., die Dauer beträgt 10 Minuten. Congestionen werden durch ständig abgekühlte Compressen verhütet. Um Collaps zu verhüten, wird die Darreichung heisser Getränke *vor* dem Bade empfohlen. Bei einfacher Bronchitis giebt man früh und Abends je ein Bad, in schwereren Fällen schiebt man ein drittes Bad ein. Nach den Bädern werden die Kranken mit einem Leintuche gut frottirt und schliesslich in einem Flanellhemde liegen gelassen. Bei capillarer Bronchitis steigt man bis zu 6 Bädern, bei der Pneumonie giebt man alle 3 Stunden ein Bad bei Tag und Nacht. Die Erfolge sind: Besserung des Sensorium, ruhiger Schlaf, Kräftigung des Pulses und Verlangsamung der Athmung. Bei der Auskultation hört man grossblasige Rasselgeräusche. Von 56 Patienten, unter denen 33 Bronchopneumonie hatten, verlor V. keinen.

Lincoln Chase, *Baths, bathings and swimming for soldiers.* (Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 9. 10. p. 212. 240. Aug., Sept. 1896.)

Ch. bringt in einem mit Abbildungen versehenen kurzen Aufsatze die Beschreibung eines nach dem Muster Hamburger Etablissements und besonders des Stuttgarter Schwimmbades, die als die besten europäischen Bäder bezeichnet werden, errichteten Bades, das in Brookline (Massachussetts) errichtet wurde, und zwar mit einem Kostenaufwande von 800000 Mk. Die Pläne sind von einem Deutschen, J. Untersee, gezeichnet, von dem rühmend hervorgehoben wird, dass er „in the German Army as a one-year volunteer“ gedient hat. Besondere Vorzüge vor den deutschen Bädern sind aus der Beschreibung nicht zu erkennen.

G. Hoffmann, *Blutbildung und Eisenquellen.* (Verh. d. 27. schles. Bädertages p. 67. 1899.)

Dem Vortrage, der nichts wesentlich Neues bezüglich der Bade- und Trinkkuren enthält, entnehmen wir nur die Empfehlung eines Apparates, der es ermöglicht, in kurzer Zeit Eisen im Blute und Harn zu bestimmen. Es ist dies das von *Reichert* in Wien zu beziehende *Ferrometer.* Erst wenn in den Stahlquellen mit einem solchen Apparate exakte Untersuchungen vor, während und nach der Kur unternommen werden, wird die Eisentherapie auf eine höhere Stufe gestellt werden können.

Foss, *Die Ursache übler Nebenwirkungen heisser Bäder und deren Verhütung.* (Deutsche med. Wochenschr. XXV. 14. 1899.)

F. hat die Beobachtung gemacht, dass die heiss Badenden schlecht und oberflächlich athmen. Sie sind also gegenüber den kühl Badenden im Nachtheile, indem sie weniger Sauerstoff aufnehmen und sich die Folgen des Sauerstoffmangels: Herzklopfen, jagender Puls, Athemnoth einstellen. Folgerichtig müssten diese Erscheinungen ausbleiben, wenn man dem Badenden künstlich Sauerstoff zuführt, und auf dieser Voraussetzung beruhen die gemeinsam mit Munter unternommenen Versuche F.'s. Er athmete in den heissen Bädern, sobald sich die genannten Beschwerden einstellten, Sauerstoff (5—10 Liter) ein und erhielt sich dabei bei relativem Wohlbefinden; die Athmung ging von 32 auf 20 zurück, der Puls näherte sich der Norm, das Oppressiongefühl verschwand. Nach dem Bade blieb ein eigenthümliches fremdartiges Wohlbefinden bei leichter Benommenheit zurück, das 5 Stunden lang anhielt. Es sind noch zu wenige Versuche unternommen worden, um endgiltig über die Ansichten des Autor urtheilen zu können, deren Fortsetzung wäre aber dringend zu wünschen.

Th. Lange, *Beitrag zur Soolbäderbehandlung.* (Therap. Beil. d. Deutschen med. Wchnschr. XXIV. 2. 1898.)

Die Wirkung eines Soolbades beruht der Hauptsache nach in einer Reflexsteigerung des Cirkulationapparates, ist also bei einem Starken kräftiger als bei einem Schwachen. Nur das vollständig gelöste Salz ist im Stande, die Haut so zu imbibiren, dass die Irritation der Hautgefässe und die dadurch bedingte Reflexwirkung auch nach dem Bade stundenlang anhält. Deshalb soll man bei den künstlichen Soolbädern möglichst reines Salz verwenden

und verunreinigte Steinsalze vermeiden. Die geeignetsten Stunden zum Gebrauche der Bäder sind die Vormittagstunden von 7—11, weil der Körper da die grösste Reaktionfähigkeit besitzt und den Patienten, bez. deren Angehörigen der Nachmittag frei bleibt. Man soll mit 1—$1^1/_2$% beginnen und die Zeit langsam von 10 auf 25 Min. verlängern. Sehr wichtig ist die Bettruhe *nach* dem Bade. Gesteigerter Appetit und guter Schlaf lassen erkennen, dass die Bäder gut vertragen werden. Das beste Unterstützungsmittel bei scrofulösen Kindern ist die gleichzeitige Darreichung von Jodeisenleberthran. Die Erfolge der kohlensauren Soolbäder haben künstliche Nachahmungen veranlasst, unter denen L. die von Quaglio am meisten empfiehlt, aber auch die von Noll, Lippert und Keller werden anerkannt. Von Herzkranken werden die kühleren Kohlensäurebäder besser vertragen als die mit 28° und 29° R., die zumeist angewendet werden.

F. Tauszk, *Die Balneotherapie bei Herzkrankheiten.* (Ungar. med. Presse II. 26—29. 1898.)

Es giebt kein Capitel in der Balneotherapie, das in den letzten Jahren eine solche Wandlung durchgemacht hat wie die Behandlung der Herzkrankheiten. Kalte und warme Bäder, hydropathische Proceduren werden empfohlen und einzelne Kurorte haben die Herztherapie in den Vordergrund ihrer Indikationen geschoben. Maassgebend gerade für hydropathische Proceduren sind vielfach Winternitz's Ansichten: Schwache, die sensitiven Nerven treffende Reize bringen eine Verengerung der kleinen Arterien mit Steigerung des Lateraldruckes hervor, demzufolge dank der Zunahme des Widerstandes das Herz zu rascherer Thätigkeit angeregt wird; hingegen sind stärkere Hautreize auf die unter normalen Verhältnissen stets vorhandene Innervation der Blutgefässe von lähmender Wirkung: möglicher Weise werden die Dilatatoren angeregt, wodurch das peripherische Arteriensystem bei gleichzeitiger Abnahme des Blutdruckes erweitert, die Hemmungsnervenfasern des Vagus aber zu energischerer Funktion angeregt werden und als Folge davon tritt bei gleichzeitiger Verlangsamung der Contraktionen eine Verstärkung ein, was namentlich nach heftigeren Reizwirkungen durch Vagustetanus zum Tode führen kann. Dies die Grundlage aller balneo-therapeutischen Maassnahmen! T. bespricht die einzelnen Arbeiten auf dem genannten Gebiete, ohne irgendwie kritisch Stellung zu nehmen.

R. Brasch, *Kritische Betrachtungen über Ernährung, Stoffwechsel und Kissinger Kuren.* (Wiesbaden 1898. J. F. Bergmann. 8. 136 S. 1 Mk. 40 Pf.)

Was die Wissenschaft bis heute über die Ernährung des Menschen festgestellt hat, lässt sich dahin zusammenfassen, dass die stickstoffhaltigen Nahrungsmittel hauptsächlich zur Erhaltung und Neubildung der dauernden Körperbestandtheile dienen, während die Fette und Kohlehydrate die Mittel zur Erzeugung der Wärme, Bewegung, Nerven- und Muskelthätigkeit, kurz für alle Lebensäusserungen bieten. Wir ziehen aus der Nahrung den Ersatz für die durch Arbeit verloren gegangenen Zellen, gewähren die treibenden Kräfte für die Athmung, die Drüsenarbeit und die automatischen Arbeitleistungen (Herz, Athmung) und gewinnen die für die willkürliche Arbeit nöthige Kraft. Mit Hülfe der für die einzelnen Nahrungsmittel ausgerechneten Calorienwerthe können wir die Werthigkeit der jeweiligen Nahrung schätzen und entsprechend abändern. Wie die Nahrung ausgenutzt wird und wie sich das in einzelnen Krankheiten ändert, das wird von B. ausführlich durchgesprochen und damit ist der Uebergang auf die Bedeutung der Kissinger Kuren gefunden, wobei B. gleichzeitig die Indikationen Kissingens anführt.

An dieser Stelle möchte sich der *Ref.* gegen die in den letzten Jahren überhand nehmende Empfehlung Kissingens, dessen Bedeutung er sonst gewiss nicht unterschätzt, bei Neurosen aussprechen. Neurastheniker passen im Allgemeinen nicht in die grossen Bäder und sind besser in hochgelegenen Orten aufgehoben. Namentlich der Herbst Unterfrankens (auch der Rhön) ist für Nervöse ungeeignet. Andererseits ist es mit Freude zu begrüssen, dass die Herzkranken, für die die meisten Kurorte eine Contraindikation herausfinden, in Kissingen eine immer sicherere Heimstätte erwarten können.

Was die Entfettungskuren in Kissingen betrifft, so giebt B. ganz bestimmte Vorschriften, die zum Theile den bisherigen (Oertel'schen) Ansichten widersprechen, aber auf wissenschaftlichen Grundsätzen aufgebaut sind.

Die Trinkkur bezieht B. auf den Rakoczy, er findet, dass derselbe die Alkalescenz des Blutes erhöht und auch als Eisenwasser nicht unterschätzt werden darf. Der Gehalt an Alkalimetallen und an Chlor erhöht die Drüsensekretion und der Kohlensäuregehalt befördert den Stoffwechsel. Bei den Bädern ist hauptsächlich die CO_2 als Agens therapeuticum anzusehen.

Den Schluss des Buches macht eine Aufzählung der sonstigen Kurbehelfe Kissingens.

G. Loimann, *Kritische Studien über Moor- und Mineralmoorbäder.* (Arch. f. Balneother. u. Hydrother. 1898.)

Die Arbeit stützt sich wesentlich auf Franzensbader Verhältnisse, wo die ersten Moorbäder 1815 von Nehr gegeben wurden. Von den verschiedenen zu Badezwecken verwendeten Moorarten nennt L. den Pflanzen- und den Mineralmoor, welcher letztere therapeutisch um so werthvoller ist, je mehr er in Wasser lösliche Stoffe enthält. Die erste qualitative Analyse stammt von Trommsdorf (1827), die erste quantitative von P. Cartellieri (1852). Seitdem wurden viele Untersuchungen vorgenommen, die im grossen Ganzen aber immer dasselbe Resultat ergaben. Unter den

physikalischen Eigenschaften des Moores steht die der schlechten Wärmeleitung obenan. Die Indikationen, die L. aufstellt, sind zahlreich, unter den Contraindikationen nennt L.: Emphysem, Lungentuberkulose, Arteriosklerose, Gravidität. Ein künstliches Moorbad ist durchaus nicht im Stande, das natürliche zu ersetzen.

P. Niehans, *Erfahrungen über die Wirkung der Schinznacher Therme.* (Schweiz. Corr.-Bl. f. Aerzte XXVIII. 16. Beil. 1898.)

N. veröffentlicht seine Erfahrungen aus den letzten 25 Jahren. Am häufigsten waren Knochen- und Gelenkkrankheiteu tuberkulöser Natur. Unter dem Einflusse des heissen Schwefelwassers zeigte sich nach kurzer Zeit eine kräftige Reaktion: Schwellung und Empfindlichkeit bei eingeschlossenen Krankheitherden; Quellung, stark vermehrte Reaktion bei geschwürigen Formen. Die jüngeren fungösen Wucherungen, an denen nicht schon Fisteln oder Abscesse bestehen, schwellen zuerst an, dann aber unter das frühere Niveau ab. Mitunter treten starke Fiebererscheinungen auf, namentlich bei Herden, die in feste Hüllen eingeschlossen sind. Das dortselbst liegende Virus wird in loco vernichtet oder wenigstens abgeschwächt. Nur so ist die Heilung tuberkulöser Processe in der Spongiosa oder in den Gelenkenden zu erklären, die nach dem Gebrauche einer Schinznacher Kur, freilich nur selten und dann nur bei Kindern, zur Beobachtung gelangt. Anders liegt die Sache bei Herden im Markraume der Röhrenknochen. Die Ausscheidung des Virus ist durch die Festigkeit der Corticalis gehemmt, es bilden sich in Folge dessen periosteale und subperiosteale Schwellungen — eine Auswanderung der Krankheitkeime durch die Haversischen Kanälchen. Um diesen Process zu begünstigen, thut man gut, die erkrankte Diaphyse je nach der Länge derselben und nach der Grösse des Herdes an einer oder mehreren Stellen zu eröffnen. Bei Knochenmarkerkrankungen ist der Werth einer Schinznacher Kur offenkundig. Wo die tuberkulöse Verseuchung schon länger besteht, wird rasche Ausstossung der Zerfallprodukte und Reinigung der Wunde beobachtet. Eben so gut sind die Erfolge bei Hauttuberkulose und bei verkästen Drüsen. Grosse strumöse Lymphdrüsengeschwülste zeigen günstige Beeinflussung durch Ausscheidung der Krankheitprodukte durch die Haut.

Contraindicirt ist Schinznach in allen akuten Fällen von Knochen- und Gelenkentzündungen, bei Wirbelsäulentuberkulose mit Senkungsabscessen, bei schwerer pelviogener Coxitis.

Zur Anwendung gelangen Vollbäder, Compressen mit Schwefelwasser und die Trinkkur in Verbindung mit der Verabreichung von Wildegger Jodwasser. Die Badekur dauert meist 4 Wochen, in den 4—6 darauffolgenden Wochen ist der endgültige Erfolg meist zu übersehen.

Brulard, *Indications et contre-indications de la cure thermale de Vichy.* (Arch. gén. d'Hydrol. Août 1899.)

Unter den Magenkrankheiten ist Vichy ungeeignet bei Magengeschwür und bösartigen Neubildungen. Während die Albuminurie in Vichy günstig beeinflusst wird, ist dies bei allen akuten Nierenkrankheiten, sowie bei urämischen Begleiterscheinungen und bei starken Congestionen zum Kopf und zu den Brustorganen nicht der Fall. Von den Rheumatosen ist der akute Gelenkrheumatismus auszuschliessen. Ferner ist *Vichy* nicht zu rathen für Patienten mit uncompensirten Herzfehlern, Arteriosklerose, Lungentuberkulose, Epilepsie, Uterusfibromen mit Neigung zu Blutungen. Mit anderen Worten, man hüte sich, schwer zu behandelnde, irgendwie infektiöse oder mit unangenehmen Begleiterscheinungen versehene Kranke nach Vichy zu schicken. Die sogenannten Contraindikationen, die mit überraschender Gleichheit und in fast derselben Reihenfolge bei zahlreichen Badeorten wiederkehren, sprechen Bände für sich und schaden dem Ansehen der Balneotherapie eben so sehr, wie die zum Theil wenigstens überwundenen Badeschriften. So selbstverständlich es ist, dass man keinen Kranken mit akutem Gelenkrheumatismus und keinen mit ausgeprägter Tuberkulose in ein Bad schickt, so wenig brauchen sich dessen Aerzte vor Epileptikern zu fürchten, die man ja auch kaum in Modebäder dirigirt. Dass aber die Arteriosklerose und die incompensirten Herzfehler unter den Contraindikationen herhalten müssen, das lässt tief blicken.

2) *Balneographie.*

a) Deutschland.

A. Obkirchner, *Baden-Baden.* (Karlsruhe 1897. 112 S.)

Die vorliegende Badeschrift ist die am vornehmsten ausgestattete, die der *Ref.* je in der Hand gehabt hat. Sie bringt viele technisch vollendete Abbildungen und schildert die Kurbehelfe *Baden-Badens* wissenschaftlich auf's Genaueste. Ein relativ breiter Raum ist der Trinkkur gewidmet, weil nach des Autor Ansicht diese von der Literatur bisher stiefmütterlich behandelt wurde und sich in der jüngsten Zeit neue Gesichtspunkte ergeben haben. Dass die Indikationen weggelassen sind, erscheint als kein Nachtheil des Buches.

A. Winckler, *Bad Nenndorf bei Hannover. Kurze Nachrichten über das Schwefel-, Schlamm- und Moorbad.* (Leipzig 1899. Hahn. 8. 64 S. mit 1 Karte.)

Als ärztlicher Entdecker Nenndorfs gilt der *„alte Heim"*. Das Schlammbadehaus verdankt der Anregung des Königs Jérôme seine Entstehung. Die Schwefelquellen enthalten im Liter:

schwefels. Kalk . .	0.7111—1.0575
kohlens. „ . .	0.4403—0.5581
schwefels. Magnesia	0.2361—0.3019
„ Natron .	0.2598—0.7398
„ Kali . .	0.0177—0.0442

Chlormagnesium .	0.0671—0.2410
Schwefelwasserstoff	16— 45 ccm
Kohlensäure . . .	185—314 „

Bezüglich des Gehaltes an Schwefel und H_2S steht Nenndorf unter allen ähnlichen Quellen obenan. Die aus einem Nachbarorte hingeleitete Soole hat 5.3% Salz. Der Schlamm ist ein reiner Schwefelschlamm. Das Wasser wird zu Trink- und Badekuren benutzt. Als Specialität werden die Gasbäder erwähnt, die gute Dienste bei allen juckenden Hautkrankheiten und bei Sensibilitätneurosen leisten. Die Schlammbäder und Schlammeinreibungen haben viele Indikationen. Die gut ausgestattete Schrift orientirt rasch über die Verhältnisse in Bad Nenndorf.

Bad Reinerz. (1898. 4.) [Autor nicht angegeben.]

Eine anspruchslose, anscheinend von der Kurdirektion herausgegebene Badeschrift, die alles für den Kurgast Wissenswerthe enthält, aber keinen Anspruch auf wissenschaftliche Behandlung des Stoffes macht.

Foss, *Die neue Caspar-Heinrich-Quelle in Bad Driburg als Diureticum und Heilmittel gegen Erkrankungen der Harnorgane.* (Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 37. 1897.)

Zur ersten Prüfung der genannten Quelle wurden 12 Reconvalescenten mit gesunden Harnorganen und 1 Kranker mit tuberkulöser Nephritis ausgewählt. Zunächst erhielt jeder bei gewöhnlicher Krankenkost 3 Tage lang eine bestimmte Menge Wasser, dann dasselbe an Fürstenbrunnen, Wildunger Georg-Victor-Quelle und Driburger Caspar-Heinrich-Quelle. Zwischen jeder Prüfungsreihe waren 2 Tage mit gewöhnlicher Kost. Das Resultat war, dass durch den Genuss der Caspar-Heinrich-Quelle die Diurese um 100—300 ccm stärker war als bei gewöhnlichem Wasser oder Fürstenbrunnen. Bei der Nierentuberkulose stieg die Diurese von 1500 bis auf 3000 ccm, was mit „Georg-Victor" nicht erreicht wurde. Im Allgemeinen stellte es sich heraus, dass die Caspar-Heinrich-Quelle bei gesunden Harnorganen schwach, bei chronisch entzündeten stark diuretisch wirkte. Mit zunehmender Verminderung der Eiweissausscheidung vermindert sich die diuretische Wirkung. Zu erwähnen ist die Neufassung der Quelle im Winter 1895/96.

W. Voigt, *Die Kurmittel des Bades Oeynhausen, ihre Anwendungsweise und ihr Nutzen in den verschiedenen mit ihnen behandelten Krankheiten.* (Oeynhausen 1899. G. Ibershoff. 227 S.)

Die kohlensäurehaltigen Thermalbäder erregen, wenn sie in natürlicher Temperatur genommen werden, das peripherische und centrale Nervensystem. Sie entlasten die inneren Organe, weil sie das Blut an die Hautoberfläche ziehen, und beschleunigen auf diese Weise die Aufsaugung von Exsudaten und Extravasaten. Der Blutdruck wird erhöht, die Körpertemperatur vorübergehend um ein Geringes erniedrigt. Die Athmung wird vertieft und verlangsamt und damit der respiratorische Gaswechsel erhöht. Da die Bäder die Schlagfolge des Herzens verlangsamen, wirken sie kräftigend und beruhigend auf das Herz und befördern die Abscheidung von Wasser durch Lunge, Haut und Nieren. Die Oeynhauser Soole, innerlich gebraucht, vermehrt die Peristaltik des Magens und reinigt dessen Schleimhaut rasch von anhaftendem Schleime. Die Magensaft- und Magensäurebildung wird angeregt (Steigerung des Appetites). Da die Herzarbeit und die Gefässspannung vorübergehend erhöht werden, so steigt die Diurese. Ferner beobachtet man eine Zunahme der Hautperspiration und eine Beförderung der Respiration (bei chronischen Katarrhen der Luftwege).

Dies im Allgemeinen die Wirkungen der kalten und warmen Soolquellen von Oeynhausen bei innerlichem und äusserlichem Gebrauche. Fügt man hinzu, dass ausserdem die Luftkur an den Gradirhäusern geübt wird, dass Oeynhausen über eine starke Bitterquelle verfügt und dass ein neu eingerichtetes heilgymnastisches Institut vorhanden ist, so könnten wir auf die Besprechung der Indikationen übergehen, die aber bei Oeynhausen längst bekannt sind. Dies hat auch V. gefühlt und statt trockener Aufzählung der einzelnen Krankheitnamen: Gicht, Rhachitis, Tabes eine Reihe guter Krankengeschichten gebracht, wegen deren allein sich die Lektüre des Buches empfehlen würde. Besonders die Capitel: Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten und funktionelle Neurosen zeugen von scharfer Beobachtung und beweisen, dass Oeynhausen Kurmittel besitzt, die in der Hand eines guten Arztes den Kreis der Indikationen wesentlich erweitern.

F. Schlagintweit, *Königliches Mineralbad Brückenau.* (1899.)

Die kleine Broschüre bringt in 3. Auflage eine Aufzählung der bekannten Heilmittel des unterfränkischen Badeortes, der namentlich seit der Empfehlung Wehner's eines stetig wachsenden Wasserexportes sich erfreut und in der Therapie der Nieren- und Blasenkrankheiten einen Ruf gewonnen hat.

Eine zweite Broschüre über Brückenau liegt vor in dem von

Wehner herausgegebenen: *Bad Brückenau und der Wernarzer Brunnen bei den Erkrankungen der Harnorgane.* (Brückenau 1899. E. Wolf.)

In diesem Heftchen sind besonders die Indikationen genau gestellt. Nach einem 15jährigen Durchschnitt (1877—1891) waren die einzelnen Krankheiten folgendermaassen procentuarisch in Brückenau vertreten:

Blutarmuth und Bleichsucht . .	mit 32.7%
Frauenkrankheiten	„ 20.6
Krankheiten des Nervensystems .	„ 14.1
„ der Athmungsorgane .	„ 14.1
„ „ Harnorgane . .	„ 7.3

Krankheiten der Verdauungsorgane	mit	6.4%
„ „ Bewegungsorgane	„	4.3
„ „ Kreislaufsorgane .	„	0.5

In den letzten Jahren ist die Anzahl der Krankheiten der Harnorgane von der 5. Stelle auf den 1. Platz gerückt.

b) Oesterreich-Ungarn.

Ludwig und Zeynek, *Chemische Untersuchung der Mineralquellen von Levico.* (Wien. klin. Wchnschr. XI. 26. 1898.)

Die Analyse des Starkwassers (11 Liter Schüttung pro Minute) ergab in 1000 Theilen:

saures schwefels. Kalium .	0.0068
„ „ Natrium .	0.0108
„ „ Ammonium	0.0081
schwefels. Calcium	0.3581
„ Magnesium . . .	0.4773
„ Zink	0.3178
„ Kupfer	0.0723
„ Eisenoxydul . .	4.6027
„ Aluminium . . .	0.2697
freie Schwefelsäure . . .	1.6660
Arsenigsäureanhydrid . . .	0.0330

Das Schwachwasser enthielt in 1000 Theilen (bei einer Schüttung von 22 Liter pro Minute):

schwefels. Kalium . . .	0.0048
„ Natrium . . .	0.0094
„ Calcium . . .	0.2753
„ Magnesium . .	0.2214
„ Eisenoxydul .	0.3703
Arsen, Phosphorsäure . .	Spuren

Die beiden Quellen zählen zu den Vitriolquellen und das Starkwasser zeichnet sich namentlich durch grossen Gehalt an Schwefeleisen und Arsen aus.

Trotz zum 4. Male erbetener Erlaubniss der Einfuhr in Frankreich hat die französische Akademie die Approbation verweigert, weil sich aus den Analysen ergeben hat, dass das Wasser der starken Quelle keine constante Zusammensetzung hat.

E. Weisz, *Casuistische Mittheilungen aus dem Arbeiterhospitale in Pistyan.* (Wien. med. Wchnschr. XLVIII. 10. 11. 1898.)

Seit dem Jahre 1893 stieg die Frequenz von 47 auf 490 (1898). Nicht weniger als 185 Kranke litten an chronischem Gelenkrheumatismus. Die sonst behandelten Krankheiten waren Tabes, Ischias, Lumbago, typische Gicht. Die Heilerfolge mit Schwefelschlammbädern entsprechen den anderweits gemachten Erfahrungen.

C. Preysz, *Bad Rajeczfürdo in den hohen Karpathen.* (Budapest 1897. Eggenberger.)

Der früher *Rajecz-Teplicz* genannte Kurort ist seit dem 14. Jahrhundert bekannt und liegt in der Slowakei, 420 m über dem Meere. Die durchschnittlichen Monattemperaturen betragen: April = 10.7, Mai = 14.1, Juni = 15.8, Juli = 17.3, August = 19.1, September = 16.2. Relative Feuchtigkeit = 69. Die Quellen haben eine Temperatur von 35° C. und enthalten in 1000 Theilen:

Kohlens. Kalk	0.1835
„ Magnesia . . .	0.2024
„ Eisenoxydul . .	0.0149
schwefels. Natron . . .	0.0282
„ Kalium . . .	0.0327
„ Aluminium . .	0.0135
„ Kalk	0.0280
phosphors. Kalk	0.0022
Chlornatrium	0.0131
freie und halbgebundene CO_2	142 ccm

gehören also zu den Thermen mit hohem Alaungehalt. Zu den Indikationen zählt Pr. alle Nervenkrankheiten, Katarrhe der Schleimhäute, Erkrankungen der Harn- und Sexualorgane, Knochen- und Gelenkkrankheiten, Hautkrankheiten und Constitutionanomalien. Eine Wasserheilanstalt vermehrt die vorhandenen Kurmittel.

C. Preysz, *Fortschritte auf dem Gebiete des Badewesens in Ungarn in den Jahren 1876—1896.* (Budapest 1898. Eggenberger. Balneolog. Bibliothek Nr. 112.)

Die wichtigsten Ereignisse der letzten 20 Jahre sind die Sanktionirung des Sanitätsgesetzes (1876), das Gesetz über das Wasserrecht (1884), die Begründung des ungarischen balneologischen Vereins (1892), die Gründung der Ungar. balneolog. Zeitung (1894) und die Milleniumausstellung (1896), bei der sich der bedeutende Aufschwung der ungarischen Bäder zeigte. Die Mineralwasserproduktion Ungarns stieg auf 17 Millionen Flaschen, wovon allein 9 Millionen auf das Ofener Bitterwasser entfielen. Die 166 ungarischen Bäder und Kurorte waren im Jahre 1896 von 71744 stabilen Gästen und von 74998 Passanten besucht. Das hervorragendste Werk ist die in ungarischer Sprache geschriebene, von Stefan von Boleman in Vihnye verfasste Balneologie.

E. Ludwig, K. Hödlmoser u. Th. Panzer, *Ueber den Franzensbader Mineralmoor.* (Wien. klin. Wchnschr. XII. 17. 1899.)

Aus den genauen, hier nicht weiter aufzuführenden Analysen des frischen und verwitterten Moores ergiebt sich, dass der verwitterte, d. h. längere Zeit den Einwirkungen der atmosphärischen Luft ausgesetzte Moor beträchtliche Mengen von schwefelsaurem Eisen enthält, die bei der Vermischung mit Wasser gelöst werden. Das frische Moor dagegen enthält nur zweifach Schwefeleisen, aber kein schwefelsaures Eisen, und zwar unregelmässig vertheilt in kleineren Partikelchen und grösseren Krystallen. Im Herbste wird der Moor auf dem Moorfelde gestochen und auf die Halde gebracht, wo es durch die atmosphärische Luft der Verwitterung unterworfen wird. Dabei wird das zweifach Schwefeleisen oxydirt und es bilden sich schwefelsaures Eisenoxydul und freie Schwefelsäure; diese letztere zersetzt die im Moor enthaltenen Mineralbestandtheile und wirkt verändernd auf die organischen Stoffe der Pflanzenreste ein.

E. Ludwig, V. Ludwig und R. v. Zeynek, *Die Eisensäuerlinge von Dorna-Watra in der Bukowina.* (Wien. klin. Wchnschr. XI. 52. 1898.)

Ausser der Falkenhaynquelle, über die schon früher berichtet wurde, entspringen auf dem Ge-

biete Dornas 4 weitere Quellen, die in jüngster Zeit neu gefasst und analysirt wurden. Sie enthalten in 1000 Theilen, und zwar die *Johannesquelle* bei 12.3° C.:

schwefels. Kali	0.0037
„ Natron . . .	0.0046
Chlornatrium	0.0102
doppeltkohlens. Natron .	0.0070
„ Kalk . .	0.0757
„ Magnesia .	0.0554
„ Eisen . .	0.0692
CO_2 101 ccm.	

Die übrigen Quellen sind ähnlich zusammengesetzt, und zwar hat die *Arcadiusquelle* bei 8.3° C. 0.0962‰ Eisenbicarbonat und 113 ccm CO_2, die *Ferdinandsquelle* bei 9.5° C. 0.1235‰ Eisenbicarbonat und 90 ccm CO_2 und endlich die *Peterquelle* bei 12.9° C. 0.2416‰ Eisenbicarbonat und 70.7 ccm CO_2.

Mithin zählen die Eisensäuerlinge von Dorna-Watra zu den stärksten Eisenwässern, die wir haben, sie enthalten aber nur wenig freie Kohlensäure, stehen also hinter den gasreicheren und darum leichter verdaulichen Quellen erheblich zurück.

E. Weisz, *Schwefelschlammbad Pöstyén in Oberungarn.* (Budapest 1899. Eggenberger. 8. 76 S. — Balneolog. Bibliothek Nr. 109. 1899.)

Die anziehend geschriebene und vorzüglich ausgestattete Schrift des bekannten ungarischen Balneologen verbreitet sich im ersten Theile über die Bedeutung des Pöstyéner Badeschlammes und der dortigen Schwefelquellen, die mit einer Temperatur von 61° C. der Erde entquellen. Die Anwendungen des Wassers sowohl, wie des Schlammes sind die bekannten, ebenso wie die Indikationen. Pöstyén hat in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht durch Neubau eines Kurhauses und die Einführung der Heilgymnastik, sowie die Errichtung eines Arbeiter-Hospitales, das jährlich einen interessanten Bericht über seine Kurerfolge, namentlich bei Unfallkrankheiten, veröffentlicht.

Ueber Mitterbad liegen 2 Arbeiten des gleichen Autor vor:

V. Jež, *Erfahrungen über das Mitterbadwasser bei verschiedenen Erkrankungen.* (Wien. med. Wochenschr. XLVIII. 39. 1898.)

Bei Chlorose beobachtete J. durch 3wöchigen innerlichen Gebrauch der Mitterbadquelle eine Zunahme des Hämoglobins um 33% und eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen von 3250000 auf 4310000. Aehnliche Besserungen fand J. bei der einfachen Anämie, die durch Blutverluste hervorgerufen war. Ferner wurde das Mitterbadwasser bei scrofulösen Kindern angewendet und trotz Fortdauer ungünstiger äusserer Lebens- und Ernährungverhältnisse wurde eine wesentliche Besserung erzielt. Selbstverständlich versagte es bei Neurasthenien und Hysterien auf anämischer Basis seine Wirkung nicht. J. meint, dass das Mitterbadwasser überall da indicirt sei, wo die interne Medicin Arsen, Eisen und Phosphor verordnet und dass man es längere Zeit verordnen kann, ohne ungünstige Nebenwirkungen befürchten zu müssen.

V. Jež, *Mitterbadwasser und seine Anwendung in verschiedenen Erkrankungen.* (Reichs-Med. Anz. Nr. 15. 1898.)

Mitterbad liegt in Südtyrol, 4 Stunden von Meran und Bozen entfernt, 972 m über dem Meere. Das Wasser gehört zu den sogen. vitriolischen Eisenwässern und wird zu Trink- und Badekuren gebraucht. In der chemischen Zusammensetzung ähnelt das Wasser dem von Levico und Srebrenica; für Erwachsene genügt eine tägliche Dosis von ³/₈ Liter. Die Untersuchungen von J. haben ergeben, dass es in Erkrankungen, bei denen die Anwendung von Arsen, Eisen und Phosphor angezeigt ist, sehr gute Dienste leistet und die längere Darreichung keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervorruft. Insbesondere bei Bleichsucht und allen auf anomaler Blutzusammensetzung beruhenden Leiden nimmt das Mitterbadwasser eine hervorragende Stelle ein.

c) *Rumänien.*

J. Felix, *Die Mineralquellen und Badeorte des Königreichs Rumänien.* (Balneolog. Rundschau Juli 1899.)

Calimanesci hat mehrere kalte, kochsalzhaltige Schwefel- und Jodquellen, von denen zwei auch Lithium führen. Das unmittelbar benachbarte *Caciulata* bietet eine Kochsalztrinkquelle mit Spuren von Schwefelwasserstoff und wird bei Nieren- und Blasenleiden empfohlen. *Govara* hat kochsalzhaltige Schwefelwässer und schwefelfreie, aber jodreiche Kochsalzwässer. Es wird viel von Luetischen besucht. *Lacul-Sârat* hat einen Salzsee, der 2 km lang und 1 m tief ist und zu Badekuren für Scrofulöse benutzt wird. Der besuchteste Kurort des Landes ist *Slanic* mit 17 kalten und lauwarmen Quellen, von denen einige alkalinisch, andere kochsalz-, jod-, eisen-, schwefel- und lithiumhaltig sind. Das alkalinische Wasser wird verschickt. *Sinaia* ist ein besuchter Luftkurort mit einer Kaltwasserheilanstalt. *Cozla* hat 5, an schwefelsaurer Magnesia reiche Quellen, *Nastasaki* mit kalten Schwefelquellen. *Constanza* am Schwarzen Meere ist ein stark besuchtes Seebad. Ausserdem sind noch viele Mineralquellen vorhanden, die nicht näher beschrieben werden. Danach ist Rumänien ein balneologisch sehr interessantes und im Aufschwung begriffenes Land.

d) *Frankreich.*

Versepuy, *Les eaux chlorurées-sodiques de Saint-Nectaire-le-Haut.* (Arch. gén. d'Hydrol. Déc. 1898.)

Das Wasser der *Source Rouge* von Saint-Nectaire-le-Haut ist absolut keimfrei und hat, wenn es in geeigneten Gefässen aufbewahrt wird, unbegrenzte Haltbarkeit. Es wird von V. zu hypodermatischen Injektionen empfohlen bei Blutdyskrasien, schwerer

Erschöpfung nach Blutverlusten und bei allen Krankheiten, auch Tuberkulose, in denen man die Blutmischung rasch und sicher verbessern will.

Nach einer Analyse des Prof. Parmentier enthält die Quelle: „*Bon Pasteur*“ in *Saint Yorre* in 1000 Theilen:

Doppeltkohlens. Kalk	0.462
„ Magnesia	0.080
„ Eisen	0.044
„ Kali	0.237
„ Natron	5.542
„ Lithium	0.031
Chlornatrium	0.592
schwefels. Natron	0.327
freie CO_2	0.935

Das Wasser fand die gewünschte Autorisation durch die Akademie.

Die Quelle „*Orgues*“ in *Saint-Julien-des-Chazes* (Haute Loire) hat in 1000 Theilen:

Doppeltkohlens. Kalk	0.3990
„ Magnesia	0.3840
„ Eisen	0.0110
„ Kali	0.1140
„ Natron	1.1250
Chlornatrium	0.2288
schwefels. Natron	0.0036
freie CO_2	1.3080

Gesammtsumme der festen Bestandtheile 3.4452.

Die Zusammensetzung genügt den Ansprüchen der Akademie.

Die Quelle „*Pelletier*“ in *Saint-Yorre* enthält in 1000 Theilen:

Doppeltkohlens. Kalk	0.3640
„ Magnesia	0.0645
„ Eisen	0.0200
„ Lithium	Spuren
„ Kali	0.3868
„ Natron	4.9245
Chlornatrium	0.5539
schwefels. Natron	0.2769

Summe der festen Bestandtheile 8.5420

Die genannte Quelle zeigt bei nahezu gleicher Zusammensetzung wie die Quelle „Orgues“ eine stärkere Mineralisation als diese und wurde unter die von der Akademie approbirten Wässer aufgenommen.

L. Redlich, *Die Heilquellen von Vichy.* (Wien. klin. Rundschau XII. 39. 1898.)

Man unterscheidet heisse (*Chomel, Grand-Grille, Hôpital, Lucas*) und kalte (*Parc, Mesdames, Celestines*) Quellen. Die kalten Quellen bewirken in Folge der Abkühlung der Magenschleimhaut eine Contraktion der Magenmuskeln und eine rasche Abfuhr der Flüssigkeit vom Magen in den Darm, das heisse Wasser wird dagegen sofort vom Magen resorbirt. Aus den vielen Arbeiten über Vichy sind folgende bestimmte Indikationen zu formuliren. James empfiehlt es für jene Formen von toxischer Gicht, bei denen entzündliche Paroxysmen auftreten, und hält es bei atonischer Gicht für unwirksam. Bei harnsauren Blasensteinen indicirt, wirkt es nicht bei Steinen, die aus phosphorsaurem Kalk oder phosphorsaurer Ammoniakmagnesia bestehen. Als souveränes Heilmittel gilt es bei Diabetes und wird von Karlsbad nur dann übertroffen, wenn die Constitution schon stark geschwächt ist. Bei Leberhypertrophie sieht man nach rationellem Gebrauche der Trinkkur bedeutende Schwellungen sich vermindern und völlig zurückgehen. Die kalten Quellen werden gebraucht bei Katarrhen des Magendarmkanales und bei chronischer Nephritis. Die *Bäder* sind am Platze bei Erythemen, chronischer Urticaria und Akne. Da die Grand-Grille schwefelhaltig ist, so sieht man Heilerfolge bei Prurigo und Sykosis, sowie bei chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus. Endlich wird (wegen der Kohlensäure) Vichy bei Impotenz gerathen. Die vorliegende Arbeit ist eine Zusammenstellung der Erfahrungen Anderer und bringt keine selbständigen Ansichten.

Dedet, *Des indications et des contre-indications de Martigny-les-Bains.* (Arch. gén. d'Hydrol. Juin 1899.)

Martigny in den Vogesen hat 3 Quellen, von denen man zwei zu Trink-, eine zu Badekuren benutzt. Sie werden bei Gicht, Blasen- und Schleimhautkatarrhen, bei Glykosurie und gewissen, auf gichtischer Diathese entstandenen Hautaffektionen gebraucht. D. vergleicht die Quellen von Martigny mit denen von Schlangenbad. Unter den Contraindikationen zählt D. auf: Blasensteine, Neubildungen der Blase, Pyelitiden und Nephritiden und Arteriosklerose, sowie die in keiner Contraindikation fehlenden uncompensirten Herzfehler.

Eine zusammenfassende Studie bringen:

H. Weber and E. Parkes Weber, *The mineral waters and health resorts of Europe.* (London 1898. Smith, Elder and Co. 524 pp.)

Die bekannten Autoren beschreiben im ersten Theile die Wirkungen des kalten Wassers, gehen dann auf die Klassifikation der Mineralwässer und deren innerlichen und äusserlichen Gebrauch über und schildern dann den Einfluss der Diät- und klimatischen Kuren. Im zweiten Theile werden die einzelnen Quellen, nach chemischen Grundsätzen geordnet, näher besprochen. Die Angaben über die einzelnen Badeorte zeichnen sich durch grosse Zuverlässigkeit aus, was von balneologischen Sammelwerken sonst nicht immer behauptet werden kann. Das Buch dient als Nachschlagewerk für den Laien und für den Arzt und bietet bei aller Klarheit der Darstellung nirgends populäre oder unwissenschaftliche Auseinandersetzungen. Die Aufzählung der an den einzelnen Badeorten prakticirenden Collegen hätten wir gerne vermisst, weil gerade dieser Theil einem stetigen Wechsel unterworfen ist.

B. Hydrotherapie.

1) *Allgemeine Hydrotherapie.*

Wie überhaupt in den letzten Jahren, so weist auch diesmal die Hydrotherapie eine grosse Anzahl Arbeiten auf, die meist aus der Winternitz-Schule stammen. In jüngster Zeit macht sich eine

gewisse Strömung gegen diese Schule in klinischen Kreisen geltend, die jedenfalls nicht ohne Einfluss auf die Arbeiten der nächsten Zukunft bleiben wird.

Johann Sigmund Hahn, *Die wunderbare Heilkraft des frischen Wassers bei dessen innerlichem und äusserlichem Gebrauch.* Mit einem Vorwort von W. Winternitz. (Leipzig 1898. Krüger u. Co. Gr. 8. 251 S. 3 Mk.)

Trotzdem, dass über 150 Jahre verstrichen sind, hat das bekannte „Wasserbuch" seinen Werth nicht verloren. Wer das Originalwerk mit seinen kräftigen Sprüchen und herzerquickenden Redewendungen gelesen hat, für den ist die Uebertragung in's Hochdeutsche ein ungenügendes Surrogat, wer es aber nicht kennt, wird sich aber auch an der „Uebersetzung" erfreuen — und Vieles aus ihr lernen. Was dem Werke ganz besonderen Werth verleiht, ist die Casuistik, die von der Arztfamilie Hahn mit grosser Ueberzeugungtreue und in klaren Worten geschildert wird. Heute, wo man jede Beobachtung erst auf ihre wissenschaftliche Grundlage prüft, kann mancher Satz Hahn's nicht mehr zu Recht bestehen und doch muthet uns die Lektüre an, wie frische, gesunde, einfache Kost nach einem opulenten Mahle, wie ein Trunk aus reinem Bergquell nach einem üppigen Gelage.

Die Hahn's sind Temperenzler, nur in seltenen Fällen gestatten sie kleine Mengen von Alkohol; dem Gesunden verbieten sie ihn ganz. Die ersten Medikamente der Welt waren Gaben der Natur, erst fortschreitende Cultur füllte die Kästen der Apotheken und die Krankenhäuser. Darüber hat man vergessen, welchen Heilwerth das überall leicht zu erhaltende Wasser besitzt. Das Wasser hat die Eigenschaft zu zertheilen, einzudringen und aufzuquellen, es dämpft die Hitze und kann ohne Gefahr in allen fieberhaften Krankheiten angewendet werden. Endlich reinigt es die Haut und macht dieses lebenswichtige Organ funktionfähig. Da es nicht gleichgültig ist, welcher Methoden man sich bedient, so ist unter allen Umständen der Rath eines erfahrenen, wasserfreundlichen Arztes nothwendig. Zahlreich eingestreute Bemerkungen lassen erkennen, dass der Verfasser auch dem Genuss der frischen Luft und einer einfachen Diät huldigt, also ein „Naturarzt" im besten Sinne des Wortes ist.

E. Kowalski, *Ueber den Einfluss von äusseren hydropathischen Proceduren auf die Gallensekretion.* (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 11. 1898.)

Zu den Experimenten wurde ein 10.5 kg wiegender Hund benutzt, dem eine doppelte Gallenfistel angelegt wurde. Nach Verheilung des Wundrandes wurde die Galle in einem Kautschukbeutel aufgefangen, von dem eine Kanüle in die Fistel führte, während eine zweite zur Entfernung der angesammelten Galle diente. Zuerst wurde bestimmt, wieviel Galle sich unter normalen Verhältnissen absondert, dann wurden Bäder von 36° C. mit 10 Minuten, Duschen von 12° C. mit 10 Sekunden und Bäder von 36° C. mit 10 Minuten mit unmittelbar darauffolgenden Bädern von 16° C. mit $^1/_2$ Minuten gegeben. Normaliter wurden in 12 Tagesstunden entleert 46.16 ccm; nach heissen Bädern betrug die Sekretion 55.32 ccm, nach kalten Duschen 48.32 ccm, nach den beiden Proceduren 74 ccm. Während der kalten Duschen floss die Galle plötzlich und stetig nach jeder Wiederholung des Experimentes ab. Der Grund dafür ist ein rein mechanischer und in der Vertiefung der Inspiration zu suchen. Daneben entstehen durch thermische Reize leicht Rollbewegungen der Därme, namentlich des Dünndarmes, so dass die Gallenblase von 2 Seiten comprimirt wird. Wünschen wir eine langsame Steigerung der Gallensekretion, so verordnen wir heisse Bäder, soll sie rasch erfolgen, so verwenden wir die kurzdauernde kalte Dusche.

A. Simon, *Ueber den Einfluss der Dampfbäder auf die Magensekretion.* (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 11. 1898.)

Aus einer Reihe von Versuchen zieht S. folgende Schlüsse: Durch Dampfbäder wird die Sekretionfähigkeit des Magens für kurze Zeit in geringem Grade erhöht, darauf folgt eine starke Verminderung, die 4—6 Stunden andauert. Erst nach 6 Tagen ist die Rückkehr zur Norm vollendet. Die Ursache für diese Erscheinung sucht S. in der Verarmung des Blutes an Chloriden und stützt sich dabei auf die Experimente von Grützner und Boas, nach denen durch Kochsalzinjektionen die Magensekretion zunahm, und auf die von Cahn, der nachwies, dass bei Chlorhunger die Sekretion aufhört. Die Resultate der Dampfbadekur bei saurem Magenkatarrh und reichlicher Magensaftabsonderung sind günstig, dagegen sind diese Bäder bei blutenden Geschwüren und bei verminderter Acidität zu widerrathen.

A. Breitenstein, *Beiträge zur Kenntniss der Wirkung kühler Bäder auf den Kreislauf Gesunder und Fiebernder.* (Arch. f. experim. Pathol. XXXVII. 5 u. 6. p. 253. 1896.)

B. nahm seine Versuche in der Weise vor, dass er bei Typhuskranken die Temperatur maass und die Zahl der Blutkörperchen aus einer dem Ohrläppchen entnommenen Probe bestimmte. Dann gab er ein Bad von 22° R. 10—15 Minuten lang und maass und zählte wieder. Dabei ergab sich, dass neben einer entsprechenden Temperaturabnahme die Zahl der rothen Blutkörperchen stieg, und zwar von 100000 bis zu einer Million. Einmal war eine Abnahme von 386000 zu finden, ohne dass ein Grund dafür gefunden werden konnte. Zur Controle wurden dieselben Versuche bei Gesunden und Nichtfiebernden durchgeführt. Auch da zeigte sich eine Zunahme der Erythrocyten, aber in geringerem Maasse, von 3 Anämischen wiesen 2 eine Abnahme auf. Versuche mit Antipyrin ergaben jedesmal Abnahme des Fiebers und der Pulsfrequenz, aber Zu- und Abnahme der Blutkörperchenzahl. Ueberhitzungversuche bei Kaninchen lieferten immer

eine bedeutende Abnahme. Aus diesem allen folgert Br. nun: Im Fieber wird die Druckdifferenz zwischen arteriellem und venösem Systeme zu Gunsten des letzteren erhöht und deshalb der Blutkreislauf in den Gebieten verlangsamt, in denen normaler Weise der Blutdruck gering ist. Gelingt es, die Athmung zu vertiefen und den Blutdruck zu steigern (durch Kräftigung der Herzaktion), so wird die Kreislaufsgeschwindigkeit erhöht und die Stase beseitigt. Dies wird durch das kalte Bad erreicht.

W. Winternitz, *Die Hydrotherapie als Lehrgegenstand.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 3. 1899.)

Während noch vor gar nicht langer Zeit die Universitäten der Hydrotherapie ablehnend gegenüberstanden, hat sich eine erfreuliche Aenderung eingestellt, die W. auf die Heilerfolge eines Laien zurückführt (Kneipp), eines Laien, der hauptsächlich deshalb mit seinen der wissenschaftlichen Medicin längst bekannten Lehren Anhänger gewann, weil er sich in Gegensatz zur Zunftmedicin stellte. Die Frage, die jetzt von allen Seiten auftaucht, ist nicht mehr, soll Hydrotherapie gelehrt, sondern, wie soll sie gelehrt werden? W. verlangt, dass an allen medicinischen Hochschulen Kliniken für hydriatische Behandlung eingerichtet werden, und glaubt, dass die Einrichtungen einer solchen Klinik leicht zu beschaffen sind, denn nicht die Form, sondern die Dosirung der thermischen und mechanischen Reize ist die Hauptsache.

J. H. Kellogg, *Die therapeutischen Wirkungen des Wassers.* (Méd. mod. VIII. 1898.)

Die Hauptwirkungen des Wassers sind folgende. Es ist ein Nutriens, weil es fast alle Funktionen anregt, ein Antithermicum, es führt Wärme zu und wirkt mechanisch durch Erschütterung und Reibung. Der Primäraffekt einer kurzen Hitzeapplikation ist starke Erregung mit geringer Reaktion; bei längerer Dauer zeigt sich eine Herabsetzung des Gewebetonus; dauert die Hitzewirkung lange an, dann zeigt sich durch Temperaturerhöhung längere Erregung und tiefere Depression. Bei kühleren Proceduren finden wir primo loco Erregung, secundo loco Kräftigung, Tonisirung, bei prolongirten Kältewirkungen werden die Nervencentren durch den Reiz und die Herabsetzung der Körpertemperatur erschöpft. Die charakteristische Wirkung aller Bäder kann durch mechanische Reize, Abreibungen, Duschen, Uebergiessungen u. s. w. noch gesteigert werden, ebenso wie durch vorherige oder nachfolgende gymnastische Uebungen. Wenn K. von den indifferenten Bädern behauptet, dass sie deshalb calmirend wirken, weil sie den Energieverlust einschränken oder aufheben, so begiebt er sich auf das Gebiet der Hypothese.

Belly, *Abreibungen mit concentrirter heisser Salzlösung.* (Ztschr. f. diätet. u. physik. Therapie p. 81. 1899.)

Um blutarme und schwächliche Patienten für einen nachfolgenden Kältereiz empfänglich zu machen, empfiehlt B., die Kranken mit heissen concentrirten Salzlösungen abzureiben. Dabei werden die Füsse, um deren Kaltwerden zu verhüten, in ein warmes Bad gestellt. Wenige effleurageartige Streichungen genügen, um eine starke Hyperämie der Haut zu erzielen. Unmittelbar darauf erfolgt die Kälteapplikation, die ausnahmelos gut vertragen wird. Nach kurzer Zeit besserte sich das Aussehen der Kranken, der Appetit nahm zu, die allgemeine Müdigkeit und Schwäche machten einem ausgesprochenen Wohlbefinden Platz.

J. Roger, *L'hygiène par l'hydrothérapie.* (Havre 1899. 274 pp.)

R. tritt für die allgemeine Einführung der Schulbäder und Brausebäder ein und sieht in deren fleissigem Gebrauche ein wichtiges hygieinisches Moment. Ausserdem empfiehlt er den fleissigen Gebrauch der Seebäder, womit er eine genaue Beschreibung der französischen Seebäder verbindet. 3 gut gezeichnete Karten der Küste vervollständigen das Buch.

A. v. Hösslin, *Allgemeine Hydrotherapie.* (Sond.-Abdr. aus d. Handbuch d. Therapie innerer Krankheiten. Jena 1898. Gust. Fischer.)

Der 5. Band des genannten Handbuches ist nach kurzer Zeit in 2. Auflage erschienen. Der von v. H. bearbeitete Theil enthält keine wesentlichen Aenderungen, jedoch sind die neuesten literarischen Erscheinungen berücksichtigt. Die Arbeit macht durch ihre knappe Ausdrucksweise, sowie durch die vollständige Behandlung des Stoffes das Studium grösserer Werke überflüssig und wurde eingehend schon in früheren Berichten besprochen.

[O. Spitta, *Ueber die Grösse der Hautausscheidungen und der Hautquellung im warmen Bade.* (Arch. f. Hyg. XXXVI. 1. p. 45. 1899.)

Die Ergebnisse der Versuche sind: In warmen Bädern wird Schweiss ausgeschieden, bis zu 36.5° nur in geringer Menge. Bei höheren Temperaturen, wenn also die Wassertemperatur der Körpertemperatur gleich wird oder sie übertrifft, schnellt die abgegebene Schweissmenge plötzlich um das 4 bis 5fache des vorausgegangenen Werthes in die Höhe, zugleich tritt auch an dem vom Wasser nicht bedeckten Kopfe sichtbarer Schweiss auf. Dass die untere Grenze für die sichtbare Schweissbildung im Wasser um 4—5° höher liegt als in der Luft (33°), ist bei der stark wärmeableitenden Wirkung der Bäder leicht verständlich.

Die Gewichtsabnahme durch die Abgabe von Schweiss wird theilweise durch eine Gewichtsvermehrung durch Wasseraufnahme durch Quellung der Haut compensirt. Die Quellung scheint ziemlich rasch zu erfolgen und dann stationär zu bleiben, die Grösse der Wasseraufnahme beträgt zwischen 35.5° und 38° etwa 30 g, unter 35.5° nimmt sie ab, gegen 39.5° nimmt sie stark zu.

Woltemas (Diepholz).]

R. Metcalfe, *Life of Vincent Priessnitz, founder of hydropathy.* (London 1898.)

Ein mit Illustrationen reich versehenes Buch, das auf Grund ernster historischer Forschungen ein

Lebensbild des bekannten Laien giebt. Priessnitz wird vielfach, ob absichtlich oder nicht, möge dahingestellt sein, gegenüber der modernen, aufdringlichen Laienhydrotherapie, die sich auf seinen Lehrsätzen aufbaut, ohne ihm dafür Dank zu wissen, als Beispiel lauterer Bescheidenheit rühmend hervorgehoben.

Ziegelroth, *Ueber den prophylaktischen Werth des periodischen Schwitzens.* (Centr.-Bl. f. d. ges. Therapie VIII. 1898.)

Bei starkem Schwitzen werden mit dem Schweisse viele Bakterien eliminirt. Während im Badewasser eines nicht einer Schweissprocedur ausgesetzt gewesenen Individuum sich 32 Millionen Keime zeigten, stieg deren Zahl nach dem Bade eines schweisstriefenden Menschen auf 140 Millionen Keime.

B. Fried, *Casuistisches aus der Spitalabtheilung des Herrn Reg.-Rathes Prof. Winternitz an der allgemeinen Poliklinik in Wien.* (Deutsche Med.-Ztg. 47. 1898.)

Ein interessanter Fall von anfallsweise auftretender Tachykardie (210 Pulse pro Minute), in dem die gewöhnlichen hydropathischen Maassnahmen so wenig nützten wie Herztonica. Einmal brachte Morphin subcutan rasche Besserung, bei Wiederholung blieb diese aus. Die Obduktion ergab exostosenartige Vortreibungen beider Tubercula jugularia des Hinterhauptsbeines, die beide Nervi vagi, an denen übrigens mikroskopisch keine Veränderung zu finden war, anscheinend comprimirten. Fr. denkt sich die Aetiologie so, dass durch stärkere körperliche Anstrengungen oder psychische Alterationen eine venöse Hyperämie des Gehirns und damit eine Volumenzunahme des Gehirns eintrat. Der geringe Druck der Tubercula jugularia auf die Vagi bewirkte eine schwache Vagusreizung und dadurch wurde, analog den Versuchen von Schiff, Moleschott und Gianuzzi, die Beschleunigung des Herzschlages hervorgerufen.

H. Storoscheff, *Die physiologische Wirkung des Eises nach russischen Untersuchungen.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 3. 1899.)

Die im Jahre 1884 von Zitowisch veröffentlichte Arbeit über die Einwirkung der *Chapman*-Schläuche auf die Körpertemperatur, den Puls und die elektrocutane Empfindung brachte wenig interessante Resultate. Nach ein-, bez. mehrstündiger Applikation des Eisschlauches auf den Rücken sank die Hauttemperatur daselbst nie unter 14.5° C., nach Wegnahme des Schlauches erreichte sie die Norm in 50 Minuten wieder. Die allgemeine Hauttemperatur wurde nur minimal (0.2° C.) verändert, ebenso wie der Puls nach Frequenz und Qualität keine wesentlichen Aenderungen zeigte. Die Hautsensibilität wurde durch eine mit dem *Dubois*'schen Schlittenapparate verbundene Drosdorff'sche Pinselelektrode geprüft, und zwar an Stirn, Bauch, Brust, Arm und Unterschenkel. Das Resultat war negativ. 1892 controlirte Filatow in 20 Fällen den Einfluss der Applikation des Eisbeutels auf den Bauch bei Schwangeren und Kreissenden. Er fand, dass dadurch minimale Contraktionen der Gebärmutter ausgelöst werden können. N. Kulbin führte glatte Eiskegel in den Mastdarm ein und wies eine lokale und eine allgemeine Wirkung nach. Erstere zeigte sich in starkem Kältegefühl, Contraktionen der Muskulatur und Drang nach unten, sowie in Herabsetzung der Sensibilität, die erst 20 Minuten nach Schmelzung des Eises aufgehoben war. Die Mastdarmtemperatur sank in den ersten 3 Minuten um 3.4° C. und stieg dann wieder ungleichmässig im Mittel um 0.5° in der Minute. Die Achseltemperatur erniedrigte sich um 0.2° C. Von allgemeinen Empfindungen fand Kulbin Aufregung und ein leichtes Frösteln am ganzen Körper. Ferner trat eine 6—10 Minuten dauernde Pupillenerweiterung ein. Die Athmung war um 1—3 Züge vermindert, der Puls wurde voller und langsamer (um 6—8 Schläge). Der Blutdruck wurde um ein Geringes vermindert, dies dauerte nach dem Schmelzen des Eises noch einige Minuten an.

Trotz der geringen Ausbeute der Versuche muss ihre Gründlichkeit anerkannt werden.

H. Lahmann, *Das Luftbad als Heil- und Abhärtungsmittel.* (Stuttgart 1898. A. Zimmer.)

Zu den abenteuerlichen Vorschlägen der sogen. Naturheilmethode gehört auch das vorliegende Buch L.'s, der seinen Kranken anräth, im Winter nur mit Schwimmhosen bekleidet sich im Freien zu tummeln. Er sagt: „Die Brücke zwischen den Culturmenschen und der Natur sei noch nicht ganz abgebrochen, so dass wir uns, ohne Schaden zu nehmen, an ihre Mutterbrust werfen könnten. Das Luftbad sei ein Beispiel dafür, dass durch die Rückkehr zu den natürlichen Lebensbedingungen eine Wiedergeburt der siechenden Culturmenschheit herbeigeführt werden könne. Es ist nicht nöthig, diese Argumente weiter zu widerlegen, nur ist es die Pflicht des gewissenhaften *Ref.*, alles auf seinem Gebiete neu in die Erscheinung Tretende zu registriren, auch wenn er und die Mehrzahl der Collegen damit nicht einverstanden sind.

Hier anzuschliessen wären die *Lichtbäder,* die bereits in vielen Wasserheilanstalten eingeführt worden sind. Der *Ref.* wird im nächsten Jahresberichte diese Arbeiten besprechen, da die Sache wegen Kürze der Zeit jetzt noch nicht spruchreif ist, möchte aber darauf hinweisen, dass diese Disciplin eine reiche Literatur zu liefern verspricht.

2) *Specielle Hydrotherapie.*

Thomsen, *Die Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Krankheiten.* Jahresversamml. d. Ver. d. deutschen Irrenärzte zu Bonn 1898. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 40. 1898.)

Der Vortragende stellte folgende Thesen auf:

1) Eine exakte Hydrotherapie der Psychose giebt es zur Zeit noch nicht, weil die Ursachen und anatomisch-physiologischen Processe der Geisteskrankheiten unbekannt und die physiologischen Wirkungen der Wasserproceduren vielfach noch dunkel sind.

2) Von eingreifenden Proceduren und niederen Temperaturen ist im Allgemeinen bei Psychosen und Neurosen abzusehen.

3) Bei den akuten Psychosen, die mit Erregung einhergehen, ist eine systematische und consequente Hydrotherapie empirisch von grossem Vortheile. Namentlich prolongirte warme Bäder mit Abkühlung des Kopfes und feuchte Einpackungen erwiesen sich als vortreffliche Beruhigungsmittel.

4) Bei apathischem Stupor ist das Halbbad mit nachfolgender Uebergiessung oder kalter Abreibung das geeignetste Mittel, Cirkulation und Stoffwechsel günstig zu beeinflussen.

In der Diskussion warnte Fürstner vor der feuchten Einpackung und Jolly wies auf deren Heilwirkungen bei Delirium tremens hin. Aus den Verhandlungen ergiebt sich, dass die Zahl der in Irrenanstalten unternommenen Versuche noch zu gering ist, um ein abschliessendes Urtheil zu gewinnen.

Daran schliesst sich:

Ph. Stein, *Das Bad in der Irrenpflege.* (Balneol. Rundschau Juli 1899.)

Die frühere rigorose Duschebehandlung der Geisteskranken ist ein überwundener Standpunkt und auch die Behandlung von Paralytikern im Initialstadium mit Kaltwasserkuren wird nicht mehr geübt. Um so mehr werden in der modernen Psychiatrie warme Dauerbäder und feuchtwarme Einpackungen als Beruhigungsmittel gebraucht, namentlich bei unruhigen Kranken jeder Art werden laue Dauerbäder vielfach angewendet. Das Bad hat eine Temperatur von 28° R. und dauert Stunden, Tage und Wochen lang insofern, als der Kranke sofort nach dem Erwachen in das Bad gesetzt wird und es nur zur Einnahme der Hauptmahlzeit und zum Schlafengehen verlässt. Der Kopf wird mit einer kalten Compresse bedeckt, die oft gewechselt wird. Die anfängliche Scheu der Kranken verliert sich bald und ein kühles Gefühl, das sie beim Verlassen des Wassers haben, veranlasst sie, dasselbe gern wieder aufzusuchen. Die Erfolge waren augenfällig. Das Schmieren ist ausgeschlossen, desgleichen das Zerreissen der Kleider und Wäsche, der Kranke wird ruhiger.

Weniger gute Erfolge sieht man bei Hysterischen und Epileptischen. Hier ist die feuchtwarme Einpackung am Platze. Bäder sowohl, wie Einpackungen sind nach dem Berichte St.'s ausnahmelos gut vertragen worden.

Dubois, *Regenbad und Constipation.* (Gaz. des Eaux Nr. 2108. 1898.)

Die Dusche wird mit der Stärke einer Atmosphäre $^1/_4$ Min. lang in der Temperatur von circa 10° auf die Lebergegend gerichtet. Es soll dabei die Leber erschüttert und die Gallensekretion reflektorisch vermehrt werden. Dazu macht D. die auffallende Bemerkung, dass bei fast allen Magenkranken die Leber vergrössert sei und die Kranken eine an Ikterus erinnernde Hautfarbe zeigen.

A. Siegrist, *Hydriatische Behandlung der Ischias.* (Schweiz. Corr.-Bl. f. Aerzte XXIX. 12. 1899.)

Längs des Verlaufes des kranken Nerven werden heisse Compressen (von 40—50° R.) aufgelegt und deren Wärme durch aufgelegte schlechte Wärmeleiter gestaut. Nach 2 Stunden wird die Procedur durch eine kurze kalte Waschung beendigt. Die Anwendung des heissen Wassers erfolgt täglich 3—4mal mit Unterbrechung von 1 bis 2 Stunden und es soll auf diese Weise gelingen, der Krankheit in wenigen Tagen Herr zu werden und den Uebergang in die chronische Form hintanzuhalten. Bei chronischer Ischias empfiehlt S. die gleiche Procedur, hält es aber für vortheilhafter, die schottische Dusche (1 Min. lang heissen, trockenen Dampf und dann eine blitzartige kalte Fächerdusche) anzuwenden, bis die Haut intensiv geröthet ist. Den Schluss macht hier eine milde, mit 12—15° R. temperirte Regendusche. Tritt nicht sofort eine Remission ein, so ist dies ein Zeichen, dass ein tieferes Leiden vorhanden ist.

A. Loebel, *Diät- und Kaltwasserkuren bei Behandlung der Ernährungsstörungen in Folge retardirter Stoffmetamorphose.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 2. 1899.)

Die hierher gehörigen Kranken zeichnen sich durch die Neigung zu übermässigem Fettansatze aus. Man bekämpft dieselbe auf diätetischem und hydropathischem Wege. Ersteres als bekannt voraussetzend, erwähnen wir, dass die Wasserkur die aufgespeicherten Fettmengen durch Wärmeentziehung zu beseitigen sucht. Je intensiver sich bei mässigem Wärmeverluste der Nervenreiz gestalten kann, um so grösser ist die Abnahme des Körpergewichtes durch Verbrennung von Fett. Zu empfehlen ist von diesem Standpunkte aus das kalte Vollbad von 8—12° R. in der Dauer von $^1/_2$—1 Minute mit vorausgehender Wärmestauung (Dampfkasten oder Schwitzeinpackung). Die üblichen Schwitzproceduren muss eine kalte Dusche beendigen, damit die Hautgefässe und Hautnerven wieder tonisirt werden. Heissluftbäder sind bei Fettleibigen mit beunruhigenden Herzerscheinungen weniger am Platze als der Dampfkasten. Auch das kalte Vollbad muss häufig durch mildere Mittel: Tauchbäder, kräftige Regenbäder, Halbbäder mit Uebergiessungen des Unterleibes ersetzt werden.

Eine Folge mangelhafter Oxydation ist auch die Oxalurie, deren Behandlung auf gleichen Principien beruht. Bei der Gicht werden sekretionbefördernde Proceduren: feuchte und trockene Einpackungen, kalte Duschen, kalte Abreibungen und Dampfbäder empfohlen. Beim Diabetes sind die Meinungen noch getheilt. Während Pleniger versucht, das Nervensystem von der Peripherie her zu erregen, die Aufnahme des Sauerstoffes durch die Beförderung der Respiration vermehrt und Leberfunktionen steigert, rühmt Vocke die Schwitzbäder mit kalten Abreibungen, Duschen

und Halbbädern und Andere neigen mehr zu kurzen intensiven Kältereizen. Selbstverständlich ist bei allen diesen Krankheiten ein grosses Gewicht auf die Diät zu legen.

W. Winternitz, *Die Wasserbehandlung des Unterleibstyphus auf der Klinik*. (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 12. 1898.)

In verschiedenen Autoren sind in jüngster Zeit W. wissenschaftliche Gegner entstanden, namentlich auf dem Gebiete der Typhusbehandlung. So meint Curschmann: „Für leichte, mittelschwere und selbst manche schwere uncomplicirte Fälle, namentlich bei früher gesunden Personen, kann die diätetische Behandlung und im Uebrigen sorgfältige Ueberwachung jedes sonstige Heilverfahren überflüssig machen". Von anderer Seite wird die Bäderbehandlung bei den ersten Zeichen der Darmblutung streng verboten, wogegen W. die Anwendung von Umschlägen und lokalen Kühlapparaten als richtig bezeichnet. Auch die Ansicht C.'s, dass Fettleibige die Wasserkur nicht vertragen, bestreitet W. auf das Entschiedenste und erklärt sie durch mangelhafte Methodik, durch ungenügende Wärmeentziehung und damit unvollkommenen Nervenreiz. Mit methodischer Wasserbehandlung kann man einen mächtigen Einfluss auf den Krankheitverlauf ausüben. Nicht, wie C. meint, ist die Nichtanwendung der Hydrotherapie in *schweren* Typhusfällen ein Kunstfehler, auch in leichten Fällen muss man sich ihrer bedienen.

Jeannot-Hackel, *Hydrotherapie bei chronischer Obstipation.* (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 1. 1899.)

J.-H. unterscheidet zwei Formen der Obstipation, eine atonische oder habituelle und eine hypertonische oder spastische. Im ersteren Falle applicirt er neben geeigneter cellulosereicher Kost und Massage die Charcot'sche Dusche. Diese besteht darin, dass man einen Wasserstrahl von zwei Atmosphären Druck, dessen Temperatur durch einen am Mischapparate angebrachten Hebel zwischen 39° und 50° C. fortwährend ändert, auf die Unterbauchgegend und dann auf Brust und Rücken applicirt. Im zweiten Falle legt J.-H. tagsüber mehrere Stunden lang und die ganze Nacht hindurch heisse, feuchte Compressen auf den Leib und verordnet eine andere Duscheart. Das Wasser wird durch eine fein durchlöcherte Brause bei niederem Drucke in einer Temperatur von 35° C. 2—$2^1/_2$ Minuten lang auf den Bauch geleitet und der Schlauch in Rundbewegungen ca. 100mal um den Darm geführt. Dann werden Brust, Rücken und Beine geduscht; der Kranke muss 10 Minuten zu Bette gehen und sich dann fleissig Bewegung machen.

W. N. Godding, *Zur hydriatischen Behandlung der Paralysis progressiva.* (Brit. med. Journ. Nov. 13. 1897.)

G. hat seine Paralytiker mit kalten feuchten Einpackungen in der Dauer von 1—3 Stunden behandelt und daran eine Massage oder ein Regenbad angeschlossen. Da er gleichzeitig Jod und Quecksilber gab, so sind die Versuche nicht rein. Der Erfolg war eine Milderung der vorhandenen Erregung und die Herbeiführung von Schlaf. Ferner soll durch die Ableitung des Blutstromes nach der Haut der Anhäufung pathologischer Produkte entgegengearbeitet werden, umsomehr, als der Gefässtonus regulirt und die Herzthätigkeit gekräftigt wird. G. verspricht sich von seiner Methode eine Milderung des Krankheitverlaufes.

S. Baruch, *Hydrotherapie bei chronischen Krankheiten.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 3. 1899.)

B. ist der erste und fleissigste amerikanische Hydropath, dessen Ueberzeugung von der Heilkraft des Wassers allmählich in weitere Kreise gedrungen ist. Er schildert die Geschichte der amerikanischen Hydrotherapie und behauptet, dass das Wasserheilverfahren einen innigeren Connex zwischen Patient und Arzt vermittle, als die medikamentöse Therapie. Sein weiterer Ausspruch, dass man keinen Fall für hoffnungslos erklären dürfe, bevor man das Wasser in allen Formen versucht habe, ist wohl nur cum grano salis zu verstehen. Dass er die chronische Neurasthenie als ein Paradigma der nur durch Hydrotherapie zu bessernden Krankheiten aufstellt, wird ihm von manchem Neurologen zugegeben werden. Zum Schlusse des sehr lesenswerthen Aufsatzes meint B., die Ausübung der Wasserheilmethode durch Laien schädige das Ansehen der Aerzte und deshalb dürfe man die immer deutlicher werdenden Stimmen, dass Hydriatik an den Universitäten gelehrt werden solle, nicht ungehört lassen.

A. Loebel, *Leitfaden der hydriatischen Verordnungen bei chronischen Erkrankungen.* (Leipzig u. Wien 1898. Breitenstein.)

Das Buch L.'s ist für Aerzte bestimmt, die in der Hydrotherapie nicht specialistisch ausgebildet sind, und bringt in kurzen Capiteln das Wesentlichste der Wasserheilkunde. L. beginnt mit den allgemeinen Ernährungstörungen: Anämie, Chlorose, Adipositas, Oxalurie, Gicht, Diabetes, Scrofulose, Malaria, Lues und Rheumatismus. Nach Anführung der hervorstechendsten Symptome schildert L. die Wasserheilmethoden, die sich ohne Schwierigkeit durchführen lassen, und bespricht deren Wirksamkeit. Ohne in's Einzelne einzugehen, vergisst er doch nichts von Werth und bietet dadurch für rasche Informirung ein brauchbares Buch. Der 2. Theil beschäftigt sich mit den organischen und funktionellen Nervenkrankheiten, welchen letzteren ein breiterer Raum eingeräumt hätte werden dürfen. Daran schliessen sich die Krankheiten des Magendarmkanales und die der Cirkulationorgane. Die Bedeutung der Hydrotherapie bei letzteren wird seit den Winternitz'schen Arbeiten immer mehr gewürdigt. Aber auch bei den Krankheiten der Athmungswerkzeuge wird die Wasserheilkunde vielfach zu Rathe ge-

zogen. Was den Geschlechts- und Harnapparat betrifft, so gehören die funktionellen Störungen meist in das Gebiet der Neurosen. Bei den Nierenkrankheiten concurrirt der Hydropath mit dem Diätetiker. Den Schluss der flott geschriebenen Arbeit machen die Hautkrankheiten.

W. H. Riley, *Der apoplektische Gefässzustand und seine Behandlung mit kühlen Regenbädern.* Uebersetzt von K. Kraus. (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 8. 1898.)

R. kennt verschiedene Arten des Blutgefässzustandes, die zu Apoplexie führen, und schildert die, in der durch eine partielle Obstruktion der Capillaren eine Erweiterung und Schwächung der grösseren Gefässe, sowie sekundär eine Herzhypertrophie entstanden ist. Die Symptome der Apoplexie sind von denen der Thrombose oder Embolie wesentlich verschieden: die Lähmung ist nicht beträchtlich, nur klagt der Kranke über grosse Muskelmüdigkeit, über starke Schmerzen und Schlaflosigkeit. Es sind damit 3 Indikationen gegeben: den peripherischen Widerstand zu beseitigen, den Tonus der relaxirten Gefässe zu heben und das Herz zu kräftigen. Zu diesem Zwecke ist es angezeigt, reichlich Wasser zu trinken und warme Bäder zu gebrauchen; am meisten empfiehlt R. das warme elektrische Wasserbad und das elektrische Lichtbad. Die zweite und dritte Forderung erfüllt am besten das kalte Regenbad. Es bewirkt eine Verstärkung und Verlangsamung der Herzaktion und führt eine Contraktion in dem gesammten Gefässsystem herbei. Bei längerem Gebrauch sind die Regenbäder im Stande, chronische Veränderungen zu beseitigen und das Herz dauernd zu kräftigen. Die Arbeit R.'s ist mit einer Reihe von instruktiven Sphygmogrammen versehen und verdient allgemeine Beachtung, umsomehr, als die von R. geschilderte Abart der apoplektischen Degeneration nicht selten ist.

E. Bonn, *Die Hydrotherapie bei den Erkrankungen der Haut.* (Festschrift zu Ehren von P. I. Pick. Wien 1898. Braumüller.)

B., der ganz auf dem Boden der Winternitz-Schule steht, betont vor Allem die macerirenden Eigenschaften des Wassers bei hyperkeratotischen Processen und weist auf die rasche Heilung von Geschwüren hin, die durch passive Hyperämie entstanden sind (Varicen). Die Angioneurosen der Haut, die idiopathischen und toxischen Erytheme und die Urticaria chronica, ferner die lokale und allgemeine Hyperidrosis und die verschiedenen Sekretionanomalien der Haut, endlich die Sensibilitätstörungen derselben sind dankbare Objekte für die hydropathische Behandlung. Die kleine Arbeit erschöpft den Gegenstand und erweitert die Indikationen der Wasserheilkunde.

H. Storoscheff, *Ueber den relativen Werth der lokalen Thermalkur bei der Syphilis nach russischen Untersuchungen.* (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 7. 1898.)

Die ersten Mittheilungen über die vorliegende Therapie machte Ussass schon 1874, dem es gelang, Hautsyphiliden durch täglich zweimal gegebene Theilbäder mit allmählich steigender Temperatur (28—38° R.) und durch Dunstumschläge in 7—10 Tagen zum Verschwinden zu bringen. U. ist der Ansicht, dass seine Methode bei allen syphilitischen Erkrankungen der Haut, des subcutanen Zellengewebes, der Muskeln, des Periostes und der Knochen angewendet werden kann und besonders geeignet ist, bei schwerer Kindersyphilis und bei drohendem Durchbruch oder bei Zerstörung irgend eines Organes. Stepanoff veröffentlichte einen Fall, in dem es ihm gelang, ein tuberkulöses Nasensyphilid, bei dem Hg-Injektionen, Decoctum Zittmanni und Jodkalium ohne Erfolg gegeben worden waren, in 2 Wochen zur Heilung zu bringen. Tarnowsky freilich meint, dass bei rascher Heilung der Hautaffektionen die inneren Organe leichter ergriffen würden, aber Beweise für diese Vermuthung sind in der Literatur nicht zu finden.

Comby, *Hydrotherapie bei cerebralen Reizzuständen der Kinder.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 5. 1899.)

Man verordnet täglich 2mal Bäder von 35° C in der Dauer von 5—10 Minuten, ist der Schlaf schlecht, so kann man am Abend ein drittes Bad geben und es auf 20 Minuten ausdehnen. Wenn Unruhe vorhanden ist, empfehlen sich kurze kalte Uebergiessungen, unter Umständen feuchtwarme Einpackungen des Rumpfes. Seebäder sind verboten.

Volland, *Ueber Luftkur, Gymnastik, Wasserkur bei der Behandlung der Lungenschwindsüchtigen.* (Therap. Monatsh. XIII. 1. p. 16. 1899.)

Die von Brehmer ausgebildete Luftbehandlung der Tuberkulose wurde schon im Jahre 1843 von einem Klausthaler Arzte, Brockmann, angewendet. Es ist aber nicht anzunehmen, dass Brehmer die Veröffentlichung seines Vorgängers gekannt habe. Das vorzügliche Mittel wird in neuester Zeit vielfach missbraucht, weil übertrieben, denn das Einathmen feucht-kalter oder nebliger Luft ist an sich schon eine Schädlichkeit, wie es andererseits nicht räthlich ist, in den Nachtstunden die Fenster offen zu behalten. Man lasse den Phthisiker nur so lange im Freien, als die Sonne über dem Horizont steht. Was die Lungengymnastik anbetrifft, so würde sie längst als ein Kunstfehler angesehen werden, wenn sich die Lunge in ihren erkrankten Theilen nicht von selbst gegen die Gefahren der Dehnung schützen könnte. Die Wasserkur hat erst Brehmer in die Phthiseotherapie eingeführt; er hat wiederholten Aufenthalt in Gräfenberg genommen und ursprünglich war die später so berühmt gewordene Görbersdorfer Anstalt ein hydropathisches Sanatorium. Die Dusche, die sehr gerne gebraucht wurde, sollte tiefe Athemzüge auslösen und die Herzthätigkeit kräftigen. Mit lauwarmen Bädern

und Waschungen erreicht man dasselbe, ohne dass irgendwelche Gefahren gegeben wären. Ueberhaupt ist V. ein Anhänger der modificirten Kuren, besonders in der Hydropathie, und behauptet, dass die abhärtenden Wirkungen der forcirten Methoden bei Lungenschwindsucht deshalb überflüssig wären, weil man Tuberkulose erst dann abhärten dürfe, nachdem man sie völlig gesund gemacht hat.

W. Winternitz, *Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit und die Aufgaben der Hydrotherapie dabei.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 6. 1899.)

Da die Aufnahme der Tuberkelbacillen in den Organismus noch nicht inficirend wirkt, so muss die Disposition des Individuum die gegebene Schädlichkeit nicht überwinden können, wenn eine Infektion zu Stande kommen soll. Diese Disposition kann durch die Hydrotherapie beseitigt werden. Man soll durch wiederholte methodische thermische und mechanische Reize die Reflexerregbarkeit der sensiblen peripherischen Hautnerven herabsetzen, wodurch die Erkältungursachen beseitigt werden. Aber auch bei der sich entwickelnden oder floriden Phthise fallen der Wasserbehandlung wichtige Aufgaben zu, indem sie es ermöglicht, collaterale Hyperämie, aktive Fluxion, Erleichterung des Blutabflusses und veränderte Diffusionvorgänge in den erkrankten Organen hervorzurufen. Das wichtigste Heilagens in dieser Hinsicht ist der erregende Brustumschlag, der die kranken Organe gewissermaassen in Treibhausverhältnisse versetzt. Dass man Lungenblutungen und das sogen. hektische Fieber hydropathisch günstig beeinflussen kann, ist allgemein bekannt. Schon im Jahre 1847 hat Schlechta, Direktor der Wasserheilanstalt in Wartenberg, die Phthisis pulmonum mit glücklichem Erfolge hydropathisch behandelt, ihm folgte Brehmer; trotzdem ist die genannte Therapie in den Lungenheilstätten noch nicht eingeführt.

D. Klimatotherapie.

C. Clar, *Einfluss der Klimatotherapie auf den Kreislauf des Blutes.* (Wien. med. Wchnschr. XLIX. 16. 1899.)

Eine Zusammenstellung aller Arbeiten der letzten Jahre. Die Excerpte aus den betreffenden Veröffentlichungen sind so knapp gehalten, dass sich daraus kein Referat verfassen lässt, ohne dass Wichtiges weggelassen wird. Für Alle, die in klimatologischen Fragen sich rasch orientiren wollen und sich namentlich für die historische Entwickelung interessiren, ist die Arbeit Cl.'s unentbehrlich.

Laffitte, *Stations d'altitude et sanatoria.* (Progrès méd. 3. S. X. 2. 1899.)

L. beschreibt in erster Linie die Vorzüge des Höhenklima und schliesst daran eine Schilderung der bekannteren Höhenluftkurorte. Dann kommt er auf den Werth der Lungensanatorien, wobei er die Verdienste Brehmer's und Dettweiler's vollauf anerkennt. Seine Postulate für eine gut eingerichtete Lungenheilanstalt werden nach seiner Meinung am besten in Honnef erfüllt, das er allen ähnlichen Instituten voranstellt. Die Arbeit verbreitet sich dann noch über die in genannten Heilanstalten üblichen Kurmittel und deren Werth für die Heilung der Tuberkulose.

Römpler, *Vermehrung der rothen Blutkörperchen mit steigender Elevation im Gebirge und Einfluss des Höhenklimas.* (Verhandl. des 27. schles. Bädertages. Reinerz 1899.)

Viault hat zuerst darauf hingewiesen, dass die Zahl der Erythrocyten im Hochgebirge zunimmt; diese Thatsache wurde an grösserem Materiale von Egger in Arosa bestätigt. Interessant ist eine von Köppe und Wolff aufgestellte Scala, wonach sich in Christiania in einem Cubikmillimeter 4974000 rothe Blutkörperchen finden, in Göttingen (148 m hoch gelegen) 5225000, in Tübingen (314 m) 5322000, in Zürich (412 m) 5752000, in Görbersdorf (561 m) 5800000, in Reiboldsgrün (700 m) 5970000, in Arosa (1800 m) 7000000, in den Cordilleren (4392 m) 8000000. 30 Jahre früher hatte Jourdanet gerade das Gegentheil behauptet, dass nämlich Menschen, die über 2100 m hoch leben, meist anämisch und geistig inferior seien. Der Viault'schen Ansicht trat zuerst Grawitz entgegen; er stellte die Neubildung rother Blutkörperchen an hochgelegenen Orten überhaupt in Abrede und erklärte die scheinbare Vermehrung durch Eindickung des Blutes. Gottstein wies nach, dass der Luftdruck einen Einfluss auf das Volumen des Zählapparates hat, der bei vermindertem Luftdrucke zu hohe, bei vermehrtem zu niedrige Werthe zeigt. Nach ihm verliert die anscheinende Vermehrung der Erythrocyten im Gebirge ihre Räthsel, wenn man sie als die Summe zweier Faktoren ansieht, des Luftdruckes, der nicht auf den Organismus, sondern auf die Zählkammer wirkt, und einer Reihe klimatischer Faktoren, die eine langsame Steigerung des Hämoglobins herbeiführen. Zuntz und Loewy fanden, dass die rothen Blutkörperchen in der ersten Woche ihres Aufenthaltes auf dem Monte Rosa eine Verminderung, in der zweiten eine Vermehrung erfuhren. Aus diesen gegentheiligen Ansichten geht deutlich hervor, wie wenig die Frage geklärt ist. Römpler glaubt, dass nicht die Verminderung des Sauerstoffes, sondern das Licht, die Umgebung und die Bewegung die wirksamen Faktoren der Höhenkur seien; er vergleicht diese in ihren Wirkungen mit der Wasserkur, nur dass statt der Duschen und der kalten Bäder die scharfe Luft, der Wind und die Sonne auf den Körper einwirken.

L. Lépine, *Les grandes altitudes ont-elles quelque utilité thérapeutique?* (Semaine méd. XIX. 21. 1899.)

Die Arbeit ist ein Referat der auch von uns besprochenen wissenschaftlichen Abhandlungen über den Einfluss der Höhenluft auf Athmung, Herzthätigkeit, Blutdruck und Assimilation. Nament-

lich die einschlägige deutsche Literatur ist auf's Gewissenhafteste benutzt.

Lobit, *Biarritz, station hivernale.* (Biarritz 1899.)

Die mittlere Temperatur betrug während der letzten 7 Winter 7.6° C. Die mittlere Sterblichkeit war in den letzten 21 Jahren geringer als das Durchschnittsmittel in Frankreich. Die klimatischen Heilfaktoren werden durch die Seebäder und die Soolbäder vermehrt. Die Arbeit bringt einige meteorologische Tabellen, ist aber sonst nicht geeignet, neue Gesichtspunkte zu eröffnen.

F. Neumann, *Ajaccio und Umgebung.* (Berl. klin. Wohnschr. XXXV. 1. 1898.)

Das Klima Ajaccios ist in erster Linie dem des italienischen Festlandes ähnlich; es ist im Durchschnitte um 2° C. wärmer als die Riviera und hat selten Nordwinde. Temperaturschwankungen sind wegen der Nähe des Meeres, das im Winter 15 bis 16° C. warm ist und nicht kälter als 12° wird, selten. Die Durchschnittsfeuchtigkeit beträgt 70%. Die Vegetation ist sehr reich, um Ajaccio ziehen sich Wälder bis zur Höhe von 1600 m. Anzuerkennen ist noch die grosse Staubfreiheit. Die Unterkunft in den schweizer und deutschen Pensionen ist gut, die Zimmer sind entsprechend eingerichtet und zum Theil mit Kachelöfen versehen. Die Abfuhrverhältnisse sind im Allgemeinen gut, reichliche Spülung ist vorhanden. Das vorzügliche, dem Urgestein entspringende Trinkwasser verliert dadurch etwas, dass es zum Theil in offenen Viadukten geleitet wird, wodurch Verunreinigungen möglich werden. Die Indikationen decken sich mit denen der Kurorte des italienischen Festlandes: chronische Bronchialkatarrhe nicht tuberkulöser Natur werden sehr günstig beeinflusst, erholungs- und sonnenbedürftige Menschen, sowie Herzkranke, die in Ruhe klimatische Heilfaktoren geniessen wollen, finden in Ajaccio einen geeigneten Platz.

Th. Stephani, *La station climatérique de Montana.* (Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 340. Mai 1899.)

Montana liegt 1500 m hoch, an der Grenze des Cantons Bern gegen Wallis, besitzt nach St. die Bedingungen für ein Höhensanatorium. Die Besonnung ist eine auffallend lange, schon im Januar, der 13 Tage mit unbewölktem Himmel brachte, betrug die tägliche Besonnung 8 Stunden, im März $10^1/_4$—11. Im Winter 1897—1898 war die mittlere Tagestemperatur im Schatten 9—12°, in der Sonne 30—45° (!). Die tiefste Nachttemperatur fiel auf —14° und schwankte sonst zwischen 0 und —5°. Nebel wurden äusserst selten beobachtet. Die Luft ist sehr trocken. Auf Grund dieser Bedingungen hält St. Montana für geeigneter als Davos, was wir nach den meteorologischen Aufzeichnungen nur eines Jahres für etwas voreilig angenommen erachten.

E. Chevalier, *Las Palmas et son climat.* (Presse méd. belge LI. 4. 1899.)

Die mittlere Temperatur beträgt in Luz, dem Hafen von Las Palmas im October 22°, im November 20°, im December 18°, im Januar 17°, im Februar 17.5, im März 17.5, im April 18°, im Mai 19°. Regen ist selten, vorherrschende Windrichtung Nord. Die Barometerschwankungen bewegen sich innerhalb 13 mm. Stürme, Schnee sind unbekannt. Die Zahl der Sonnentage ist grösser als an der Riviera und in Algier. Während die mittlere tägliche Besonnung für Davos 3 Stunden 40 Minuten beträgt, steigt sie in Las Palmas auf 5 Stunden 40 Minuten. Alle diese Umstände prädestiniren Las Palmas für einen Winterkurort und machen es werthvoll für die Therapie der Tuberkulose, der chronischen Bronchitiden und der an Morbus Brightii Leidenden. Auch Gichtkranke und Rheumatiker, sowie Herzkranke eignen sich zu längerem Aufenthalte auf Las Palmas. Die Unterkunftverhältnisse sind hygieinisch einwandsfrei.

C. Bücheranzeigen.

1. **Handbuch der praktischen Medicin**; redigirt von Prof. W. Ebstein in Göttingen und Dr. J. Schwalbe in Berlin. Herausgegeben von W. Ebstein. 5 Bde. Stuttgart 1898/99. Ferd. Enke. Gr. 8. Lief. 2—13. (Je 4 Mk.)

Das Handbuch, dessen 1. Lieferung wir Jahrbücher CCLIX. p. 95 ausführlich angezeigt haben, ist bereits ziemlich weit vorgeschritten. Der I. Band: *Krankheiten der Athmungsorgane und der Kreislaufsorgane* liegt vollständig vor und erfüllt durchaus das, was wir nach der vortrefflichen 1. Lieferung erwartet haben. Die Erkrankungen der Bronchen (einschliesslich des Keuchhustens) und den grössten Theil der Lungenkrankheiten hat Lenhartz besprochen, von Liebermeister stammen die wichtigen Capitel: Lungenentzündung und Lungentuberkulose, den grossen Abschnitt: Krankheiten des Brustfelles und des Mittelfelles hat Unverricht übernommen. Dazwischen liegt ein kurzes Capitel: Lungenchirurgie von F. König. Die Krankheiten der Kreislauforgane hat E. Romberg in Leipzig bearbeitet und auf diesen Theil des Handbuches werden wir später noch besonders eingehen. Alles in Allem

macht dieser I. Band einen guten Eindruck und ist wohl geeignet, den Collegen eine feste Richtschnur für ihr Handeln im Ganzen und gute Rathschläge für den einzelnen Fall zu geben.

Der II. Band umfasst die *Krankheiten des Blutes und der blutbereitenden Organe* und die *Krankheiten der Verdauungsorgane.* Er beginnt mit den Krankheiten des Blutes, wozu auch Sepsis und Pyämie gerechnet sind, von S. Laache in Christiania, dann folgen die Krankheiten „der sogenannten Blutdrüsen“: Milz, Lymphknoten (Scrofulose u. s. w.), Thymus, Carotisdrüse, Hypophysis, Nebennieren, Schilddrüse von F. Kraus in Graz, mit einem Anhange: Chirurgie der Blutgefässdrüsen von H. Braun in Göttingen. In die Krankheiten der Verdauungsorgane haben sich getheilt: G. Sticker in Giessen mit den Krankheiten der Lippen, der Mundhöhle und der Speiseröhre; J. Scheff in Wien mit den Krankheiten der Zähne; P. K. Pel in Amsterdam mit den Krankheiten des Magens; A. Přibram in Prag mit den Krankheiten des Darmes; A. Epstein in Prag mit den Verdauungsstörungen im Säuglingsalter und W. Ebstein in Göttingen mit den Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Gallengänge und der Pfortader. Vom letztgenannten Abschnitte liegt uns erst der Anfang vor.

Vom III. Bande: *Krankheiten der Harnorgane und des menschlichen Geschlechtsapparates* und vom IV. Bande: *Krankheiten des Nervensystems mit Einschluss der Psychosen* sind erst die Anfänge erschienen.

Hoffentlich haben wir das Werk, das doch einen recht stattlichen Umfang annehmen wird, bald vollständig vor uns, wir kommen dann noch einmal darauf zurück. Dippe.

2. **Reiseberichte über Rinderpest, Bubonenpest in Indien und Afrika, Tsetse- oder Surrakrankheit, Texasfieber, tropische Malaria, Schwarzwasserfieber**; von Rob. Koch. Berlin 1898. Jul. Springer. Gr. 8. 136 S. (2 Mk. 40 Pf.)

Im December 1896 ging K. nach Südafrika, um ein Heilmittel, bez. eine Schutzimpfung gegen die Rinderpest zu suchen. Im März 1897 wurde er von dort nach Indien zum Studium der Pest berufen und im Juli 1897 siedelte er für längere Zeit nach Deutsch-Ostafrika über, um die dortige Pest, das Texasfieber, die Tsetsekrankheit der Rinder und die tropische Malaria zu studiren. Das vorliegende Heft enthält die Berichte, die K. während dieser Zeit an seine Auftraggeber gerichtet hat. Der Inhalt dieser Berichte ist durch die politischen Tageblätter schnell bekannt geworden, trotzdem wird Jeder sie mit grossem Interesse durchlesen; bis zum Erscheinen einer ausführlichen Verarbeitung des mächtigen Materiales bilden sie die authentische Aufzählung der gewonnenen zahlreichen und wichtigen wissenschaftlichen Ergebnisse. Dippe.

3. **7066 Todesfälle der Baseler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft**, medicinisch und statistisch bearbeitet von Dr. Arth. Hesse. Leipzig 1899. Joh. Ambr. Abel. 8. VIII u. 66 S. (3 Mk.)

1865 hat die Baseler L.-V.-G. ihren ersten Todesfall gehabt, bis zum 31. Dec. 1897 7066 Todesfälle und diese hat H. in geschickter Weise verarbeitet. Mit vollem Rechte hat er dabei den Hauptwerth auf die Verhältnisse der Vererbung gelegt, da in dieser Beziehung die Akten der Versicherten meist ziemlich vollständige und zuverlässige Angaben enthalten. Mit der medicinischen Vorgeschichte des Versicherten selbst sieht es wesentlich schlechter aus, da hier erschrecklich viel gelogen und verschwiegen wird. Für die wichtige Frage z. B., wie weit die Lues durch die Vorbereitung von Nerven-, Gefäss- und anderen Krankheiten das Leben verkürzt, sind die Akten der Versicherungs-Gesellschaften kaum zu benutzen, da zahlreiche Candidaten eine Lues, die seit einigen Jahren keine Erscheinungen mehr gemacht hat, als ihrer Ansicht nach vollkommen erledigt, einfach verschweigen. Etwas mehr, als das Buch von H. enthält, liesse sich allerdings doch wohl auch hierüber ermitteln. Bezüglich dessen, was H. über die Vererbung festgestellt hat, giebt seine Tabelle 7 den besten Ueberblick, wir drucken sie als die unserer Ansicht nach werthvollste des ganzen Buches auf der nächsten Seite unverkürzt ab.

Zweifellos steckt in dem grossen Materiale der Lebensversicherungs-Gesellschaften noch manches Werthvolle darin, es herauszusuchen, ist aber eine schwere Arbeit. Man muss doch wohl noch etwas weiter gehen, als H. es gethan hat, und muss namentlich aus jenen Aktenstücken, die in Folge von Nachversicherungen mehrere Anamnesen und mehrere Status aus verschiedenen Lebensstadien enthalten, die Vorboten der Todesursache zu ermitteln suchen. Hoffentlich lassen sich Aerzte, die über die nöthige Zeit verfügen, durch H.'s gutes Beispiel zu ähnlichen Arbeiten anregen. Dippe.

4. **Jahrbuch der praktischen Medicin.** *Jahrgang 1899;* herausgeg. von J. Schwalbe. Stuttgart 1899. Ferd. Enke.

Das vorliegende Jahrbuch der praktischen Medicin (Jahrgang 1899) zeichnet sich ebenso wie die vorhergegangenen durch präcise und trotz der knappen Form klare Darstellung des für den praktischen Arzt Wissenswerthesten auf allen Gebieten der Medicin aus. Die Namen der Berichterstatter bürgen für die zweckmässige Auswahl des Mitgetheilten. Eine dankenswerthe Ergänzung und Erweiterung bringt dieser Jahrgang insofern, als auch die Publikationen aus dem Gebiete der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit vor Gericht Berücksichtigung erfahren haben und der Abschnitt „öffentliches Sanitätswesen“ beträchtlich erweitert ist. Aufrecht (Magdeburg).

Heredität und Todesursache.

Schliessliche Todesursachen der Versicherten	In der Familie der an nebenstehenden Todesursachen Verstorbenen waren verzeichnet Erkrankungen und Todesfälle an:																			
	1. Typhus		2. Krebs		3. Tuberkulose		4. Cirkulationsstörungen		5. Hirnschlag		6. Gelenkrheumatismus u. Gicht		7. Krankh. der Verdauungsorgane		8. Krankh. des Nervensystems		9. Selbstmord		10. Alkoholismus	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
I. Infektionskrankheiten (307)	42	13.68	11	3.58	31	10.10	13	4.23	16	5.21	4	1.30	28	9.12	11	3.58	1	0.33	2	0.65
II. Krebs (640)	94	14.69	56	8.75	89	13.91	46	7.19	47	7.34	12	1.88	36	5.63	15	2.34	0	0.00	7	1.09
III. Tuberkulose (1648)	170	10.32	59	3.58	286	17.35	91	5.52	111	6.74	37	2.25	48	2.91	48	2.91	7	0.42	22	1.33
IV. Pneumonie (463)	51	11.02	19	4.10	59	12.74	24	5.18	40	8.64	6	1.30	27	5.83	11	2.38	4	0.86	7	1.51
V. Emphysem u. Bronchitis (329)	44	13.37	6	1.82	44	13.37	20	6.08	30	9.12	9	2.74	18	5.47	12	3.65	1	0.30	6	1.82
VI. Pleuritis (86)	12	13.95	5	5.81	15	17.44	6	6.98	10	11.63	2	2.33	4	4.65	6	6.98	0	0.00	1	1.16
VII. Erkrankungen d. Cirkulationsorg. (585)	71	12.14	18	3.08	74	12.65	70	11.97	75	12.82	13	2.22	33	5.64	18	3.08	5	0.85	7	1.20
VIII. Erkrankungen d. Verdauungsorg. (427)	42	9.84	14	3.28	66	15.46	35	8.20	38	8.90	7	1.64	36	8.43	13	3.04	2	0.47	1	0.23
IX. Erkrankungen d. Nervensystems (381)	39	10.24	13	3.41	53	13.91	30	7.87	31	8.14	7	1.84	19	4.99	26	6.82	3	0.79	6	1.57
X. Hirnschlag (488)	52	10.66	17	3.48	65	13.32	46	9.43	56	11.48	15	3.07	31	6.35	30	6.14	7	1.43	10	2.05
XI. Erkrankungen der Nieren (267)	30	11.24	9	3.37	42	15.73	26	9.74	32	11.99	6	2.25	22	8.24	7	2.62	2	0.75	3	1.12
XII. Gelenkrheumatismus u. Gicht (109)	15	13.76	3	2.75	11	10.09	11	10.09	8	7.34	3	2.75	7	6.42	3	2.75	1	0.92	0	0.00
XIII. Diabetes (66)	5	7.58	2	3.03	11	16.67	2	3.03	12	18.18	0	0.00	5	7.58	6	9.09	1	1.52	2	3.03
XIV. Fettsucht (148)	14	9.46	6	4.05	25	16.89	16	10.81	17	11.49	9	6.08	15	10.14	2	1.35	0	0.00	1	0.68
XV. Alkoholismus (127)	13	10.24	4	3.15	23	18.11	5	3.94	9	7.09	4	3.15	10	7.87	2	1.57	0	0.00	12	9.45
XVI. Selbstmord (153)	21	13.73	7	4.58	15	9.80	10	6.54	10	6.54	3	1.96	7	4.58	17	11.11	4	2.61	4	2.61
XVIII. Altersschwäche (236)	33	13.98	10	4.24	36	15.25	13	5.51	31	13.14	5	2.15	12	5.08	11	4.66	0	0.00	7	2.97
XIX. Verschiedenes u. Unbestimmtes (312)	33	10.57	11	3.52	34	10.98	20	6.41	33	10.57	6	1.92	15	4.80	18	5.77	2	0.64	2	0.64
im Ganzen (6772)	781	11.53	270	3.99	979	14.46	484	7.15	606	8.95	148	2.19	373	5.51	256	3.83	40	0.59	100	1.48

5. **Die Arteriosklerose.** *Klinische Studien;* von J. G. Edgren in Stockholm. Leipzig 1898. Veit u. Co. Gr. 8. 298 S. mit 22 Pulscurven. (8 Mk. 60 Pf.)

Bei der täglich wachsenden klinischen Bedeutung der Arteriosklerose für die gesammte Medicin ist es verwunderlich, dass bisher keine eigentliche Monographie derselben aus deutscher Feder erschienen ist. Ausser den in den grossen Handbüchern und Encyklopädien niedergelegten mehr oder minder kurzen Abhandlungen von Quincke, A. Fraenkel, Bäumler und ganz neuerdings von L. von Schrötter in Wien haben wir in Deutschland keine einheitliche Beschreibung dieser so wichtigen Krankheit. Nun hat der schwedische Kliniker Edgren eine grössere Arbeit über die Arteriosklerose in recht gutem Deutsch herausgegeben, die den Anspruch auf eine Monographie erheben darf. E. hat mit grossem Fleisse und in verhältnissmässig gedrängter Kürze alles das über die Arteriosklerose zusammengestellt, was bis heute bezüglich der *pathologischen Anatomie, Aetiologie* (E. weist der Syphilis den ersten Platz in der Reihe der Causalmomente an, dem Alkoholismus den zweiten), *Pathogenese, Symptomatologie, Prognose* und *Therapie* (E. folgt hierbei meist der französischen Schule von Huchard) wohl allgemein anerkannt ist. Die einen grossen Theil des Werkes einnehmende *Casuistik* E.'s aus dem Stockholmer Krankenhause (124 Fälle), die nach den verschiedenen Symptomen gruppirt ist, sowie die eingehende *epikritische Besprechung* verdienen als besonders werthvoll und lehrreich dem Leser empfohlen zu werden.

Verwunderlich ist es, dass E. bei der allerdings recht summarischen Beschreibung der pathologischen Anatomie der Arteriosklerose die grundlegenden Arbeiten von Thoma vollständig ignorirt, während er neben Traube und dessen Schule, sowie Quincke mit Vorliebe Huchard in Paris (Verfasser des in Deutschland leider noch unbekannten Werkes: Traité clinique des maladies du coeur et des vaisseaux. Paris 1891) und dessen Anhänger citirt.

Dagegen ist sehr anzuerkennen, dass E. auf die Frühdiagnose der Arteriosklerose den grössten Werth

legt und auf die mitunter schon frühzeitig auftretenden Veränderungen der Arterien des Körperinnern, so der Nieren, des Auges und des Hirns aufmerksam macht. Diesen Punkt hebt Ref. deshalb hervor, weil die sklerotischen Veränderungen, besonders an den Arterien des Augenhintergrundes, bisher viel zu wenig als Frühsymptom oder frühdiagnostisches Hülfsmittel für eine sich entwickelnde oder theilweise schon vorhandene Sklerose der inneren Arterien, z. B. der Hirnarterien, verwerthet wurden bei Fehlen jeder Arteriosklerose an der Peripherie.

Wenn Ref. Wünsche bezüglich einer neuen Auflage dieses *allen Aerzten* sehr zu empfehlenden Werkes ausdrücken darf, so wäre es doch wohl von Nutzen, wenn E. eine grössere Anzahl mit dem Sphygmographen gewonnener Pulscurven seiner Casuistik beifügen wollte, damit bei dem von E. mit Recht betonten diagnostischen Werthe der *initialen Drucksteigerung im arteriellen Systeme* die einzelnen Phasen der sklerotischen Veränderungen eine graphische, d. h. zahlenmässige Darstellung erführen. Ferner dürften ein alphabetisches Sachregister und eine Literaturzusammenstellung am Schlusse des Werkes sehr erwünscht sein.

C. Kompe (Friedrichroda).

6. **Studien über die hereditäre Syphilis**; von Dr. Carl Hochsinger. I. Theil. Leipzig u. Wien 1898. Franz Deuticke. Gr. 8. VI u. 437 S. mit 4 chromolithograph. Tafeln u. 9 in den Text gedruckten Abbild. (12 Mk.)

Im 1. Hauptabschnitt seiner „Studien" bespricht H. zunächst einige im Vordergrunde der Diskussion stehende *theoretische Vererbungsfragen der hereditären Syphilis,* insbesondere das sog. Colles'sche Gesetz und den „choc en retour". Die Beobachtungen H.'s fussen auf einem beachtenswerthen Material, nämlich auf mehr als 400 genau analysirten Fällen von hereditärer Syphilis und auf circa 100 länger als 3 Jahre verfolgten Familien mit hereditär-syphilitischer Descendenz.

H. erkennt die Richtigkeit des Colles'schen Gesetzes an, kommt aber auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ueberzeugung, dass die Immunität der Mütter hereditär-syphilitischer Kinder nicht auf latenter conceptioneller Syphilis, wie Fournier lehrt, beruhe, sondern durch Uebergang von immunisirenden Stoffen von dem vom Vater luetisch inficirten Foetus auf die Mutter bewirkt wird. Die hin und wieder beobachteten Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz sind nach ihm dadurch zu erklären, dass, wenn der Uebertritt dieser immunisirenden Substanzen in geringer Dauer oder Intensität stattgefunden hat, die Immunität der Mutter ausbleiben kann, und er weist in der That statistisch nach, dass die Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz unverhältnissmässig oft Primiparae betreffen.

Ebenso hält H. die Lehre vom sog. „Tertiarismus d'emblée" oder den „Choc en retour tertiaire" der Mütter ex patre syphilitischer Kinder für unhaltbar. Er führt den Nachweis, dass alle jene Fälle, die von den Verfechtern dieser Lehre angeführt werden, des klinischen Beweises entbehren, dass es sich dabei um eine gewöhnliche Contaktsyphilis handele, deren Frühstadien übersehen worden sind. In Folge dessen verhält er sich auch durchaus ablehnend gegen die Finger'sche Toxintheorie der Tertiärsyphilis, nach der die tertiären Formen der Syphilis auf einer chronischen Intoxikation mit den Stoffwechselprodukten der Syphilisparasiten beruhen sollen, und nach der, auf die hereditäre Syphilis angewandt, Finger den Satz aufstellte, dass hereditär-luetische Kinder ausschliesslich mit Erscheinungen der tertiären Syphilis zur Welt kommen. Nach H. giebt es keine sekundäre und tertiäre, sondern nur eine congenitale Frühsyphilis.

Den hygieinischen Betrachtungen, die sich auf diese Darlegungen H.'s beziehen, ist als bemerkenswerthes Resultat zu entnehmen, dass hereditärsyphilitische Kinder syphilisfreier Primiparae nicht von den eigenen Müttern gestillt werden dürfen, da eben bei diesen die Colles'sche Immunität oft ausbleibe, sondern künstlich ernährt werden müssen; dagegen können spermatisch inficirte Früchte Mehrentbundener ohne Bedenken von den eigenen Müttern gestillt werden, da diese Mutter genügend durch ihre Immunität nach dem Colles'schen Gesetze gegen Infektion geschützt wird.

Im 2. Hauptabschnitt seiner „Studien" beschäftigt sich H. eingehend mit den *diffusen hereditär-syphilitischen Hautinfiltrationen der Säuglinge.* Seiner Meinung nach ist die Affektion, das wichtigste Frühsymptom der hereditären Syphilis, bisher von keinem Autor ausführlich beschrieben worden. Aus seiner Statistik geht hervor, dass sie bei 65.7% der hereditär-syphilitischen Kinder im ersten Lebensjahre zu beobachten ist, und zwar ist es wieder das erste Quartal speciell, in dem die Affektion ihren Höhepunkt bezüglich ihrer Frequenz erreicht. Lieblingsitz sind ganz besonders die Fusssohlen und Handteller. Die Bezeichnung Psoriasis plantaris et palmaris, die die Affektion gewöhnlich in der Literatur führt, ist nach Ansicht H.'s schlecht gewählt, denn zwischen der fraglichen Affektion der Säuglinge und der Psoriasis syphilitica der Erwachsenen besteht nach seinen Beobachtungen keine Aehnlichkeit. Die Fusssohlenaffektion ist hauptsächlich dadurch noch bedeutungsvoll, dass sie die am frühzeitigsten auftretende diffuse Infiltration bei hereditär-syphilitischen Säuglingen ist. Ein Prädilektionsitz sind ferner die Lippen der Säuglinge. Das Vorhandensein von charakteristischen Narben an den Lippen ist nach H. ein viel bedeutungsvolleres Symptom für überstandene hereditäre Syphilis, als die nach Hutchinson benannte Deformität der oberen mittleren Schneidezähne, die seiner Meinung nach

überhaupt kein charakteristisches Merkmal dafür abgeben. Die Lokalisation aller dieser diffusen hereditär-syphilitischen Hautinfiltrate ist an lokal einwirkende Irritamente gebunden, daher ihr häufiges Auftreten im Bereiche der unteren Körperhälfte, die bei Säuglingen ja ganz besonders der Einwirkung des nässenden Urins ausgesetzt ist, während für die Lippenaffektion der Saugakt das lokale Irritament bildet.

Diffuse Hautinfiltrationen dieser Art sind niemals bei acquirirter Syphilis kleiner Kinder beobachtet worden; ihr Vorhandensein bei Säuglingen ist pathognomonisch für hereditäre Syphilis, so dass man nach H.'s Meinung berechtigt ist, ohne Weiteres die Diagnose „Erbsyphilis“ zu stellen, wenn beispielsweise bei einem Säugling diffuse Plantar- und Lippensyphilis gefunden wird. Im Gegensatze zu anderen Autoren hält H. diese für eine selbständige Dermatose, nicht für einen blosen Uebergangzustand, und kommt zu der Forderung, dass in den Lehrbüchern der Kinderheilkunde die Differentialdiagnose zwischen einfachem Ekzem und dem sog. syphilitischen Ekzem, welchen Ausdruck er eben durch „diffuse syphilitische Hautinfiltration“ ersetzt wissen will, schärfer hervorgehoben werden soll.

Bezüglich der histologischen Verhältnisse der Affektion ist als wichtigstes Ergebniss anzuführen, dass, in welcher Form und in welchem Bereiche auch immer das diffuse flächenhafte Syphilid gefunden wurde, sich stets eine beträchtliche Erkrankung des Gefässbaumes und der Drüsen im ganzen Bereiche der infiltrirten Hautpartie constatiren liess. Der Process spielt sich in Form einer starken Zellenwucherung in den kleinsten Arterien und Venen des Hautgefüges ab und ergreift ausnahmelos zunächst das adventitielle und periadventitielle Gewebe.

Seine Beobachtungen über die diffusen *visceralen* Manifestationformen der hereditären Frühsyphilis theilt H. in dem 3. Abschnitte seiner „Studien“ mit. Von Interesse ist hier zunächst folgende neue Theorie, die er bezüglich der Aetiologie der congenital-syphilitischen Frühaffektionen aufgestellt hat: Das eigenthümliche Befallenwerden der visceralen Organe bei der hereditären Frühsyphilis hängt auf das Engste mit der fötalen Entwickelung dieser Organe zusammen und ist dadurch zu erklären, dass das luetische Virus eine ganz besondere Affinität zu denjenigen Organen besitzt, die schon während der Fötalperiode sich entwickeln und zur vollen Ausbildung gelangen. In allen den Organen, in denen am frühesten die grössten nutritiven und formativen Reize herrschen und in denen in Folge dessen eine starke Blutgefässentwickelung und Saftströmung stattfindet, findet das syphilitische Virus geeignete Stellen, um seine Wirksamkeit zu entfalten. Aus diesen entwickelungsgeschichtlichen Gründen erklärt sich das frühzeitige Befallenwerden der Leber, Lungen und Nieren, denn diese Organe gelangen sämmtlich schon während der Fötalperiode zur völligen Ausbildung.

Mit dieser Theorie ist auch die fötale Osteochondritis syphilitica in Einklang zu bringen, da an den Epiphysengrenzen während der zweiten Hälfte des Fötallebens ausschliesslich das appositionelle Längenwachsthum der Röhrenknochen vor sich geht, also starke formative Reize hier herschen. Aus entwickelungsgeschichtlichen Gründen muss auch die Haut unter der Einwirkung des Agens der hereditären Syphilis deswegen später erkranken, als die drüsigen inneren Organe, weil der Drüsenapparat der Haut erst zu einer Zeit des Intrauterinlebens sich zu entwickeln beginnt, in der die grossen Darmdrüsen bereits vollkommen fertig sind. Im Weiteren führt H. aus, warum die Finger'sche Lehre, dass die visceralen Erkrankungen und die Osteochondritis der congenitalen Frühsyphilis als angeborene tertiäre Manifestationen, und zwar als Ausdruck der Wirkung der syphilitischen Toxine anzusehen seien, unhaltbar ist, da man dann in vielen Fällen annehmen müsste, dass die Stoffwechselprodukte der Syphilisparasiten früher wirksam seien als das corpusculäre Agens selbst, von dem die Toxine gebildet worden sind. Als Resumé seiner Betrachtungen stellt H. den Satz auf: Bei allen anatomischen Frühmanifestationen der congenitalen Syphilis, seien sie visceral, osteochondritisch, cutan oder placentar lokalisirt, seien sie durch väterliche oder mütterliche Infektion veranlasst, liegen genau dieselben ätiologischen und genetischen Verhältnisse vor. Sie sind der erste anatomisch sichtbare Ausdruck der irritativ entzündlichen Einwirkung des specifisch infektiösen Agens der Syphilis auf die Gewebe der hereditär oder intrauterin inficirten Frucht.

In den folgenden Capiteln theilt H. dann im Einzelnen die Ergebnisse seiner Beobachtungen über die congenitale Leber-, Lungen- und Nierensyphilis mit. Bezüglich der Lungensyphilis sei bemerkt, dass H. davor warnt, entzündliche Lungenaffektionen bei Säuglingen mit anderweitigen hereditär-syphilitischen Manifestationen ohne Weiteres für syphilitische Pneumonie anzusprechen. Mit Sicherheit kann die letztere überhaupt nicht klinisch diagnosticirt werden, zumal da, wie H. wiederholt beobachtet hat, sehr wohl Fälle von angeborener syphilitisch-tuberkulöser Doppelinfektion bei Säuglingen vorkommen können.

Raedisch (Freiburg i. Schl.).

7. **Bibliographie der klinischen Entomologie** *(Hexapoden, Acarinen)*; von Med.-Rath. Dr. J. Ch. Huber in Memmingen. Heft 2: *Demodex, Leptus, Dermanyssus, Argas, Ixodes, Pediculoides, Tetranychus, Tyroglyphus und diverse Pseudoparasiten.* Jena 1899. Frommann. 8. 24 S.

Heft 3: *Diptera (Muscoiden und Oestriden), Sarcophila, Sarcophaga, Calliphora, Musca, Lucilia, Teichomyza, Compsomyia, Hypoderma, Dermatobia, Ochromyia.* 25 S.

Auch das 2. Heft der Bibliographie ist durch den einzelnen Abtheilungen vorangeschickte Uebersichten und werthvolle kritische Bemerkungen bereichert.

Demodex folliculorum (Rich. Owen) ist die unter dem Namen Acarus follic. (Gust. Simon) bekanntere Haarbalgmilbe, um deren zoologische Beschreibung sich besonders Owen, Simon, Landois, Mégnin und Geber verdient gemacht haben. Leptus autumnalis (Shaw), die Ernte- oder Herbstgrasmilbe, ist die Larve von Trombidium holosericeum oder anderen Trombidiumarten und darf nicht mit Tetranychus verwechselt werden. Dermanyssus (Dugès), die Vogelmilbe, geht auch auf Menschen über, die mit Hühnern u. s. w. zu thun haben, und ruft Ekzeme hervor, die jedoch von selbst abzuheilen pflegen. Von Argas (Latreille), der Saumzecke kommt für Mitteleuropa nur Argas reflexus in Betracht, der sich von Taubenschlägen bisweilen in Wohnungen verirrt; gefährlicher sind die exotischen Arten in Persien (die Giftwanze von Miana, Arg. persicus), in Mexiko und Centralamerika (Arg. Megnini und andere Arten) und in Afrika (Arg. Monbata und Arg. Savignyi). Ixodes (Latreille), die Holzzecke, wird nach allgemeiner Annahme beim Streifen durch Buschwerk auf Thiere und Menschen übertragen; doch fand H. den Parasiten auch mitten im Winter bei Hunden, die nicht in den Wald kommen, und nimmt daher auch eine Vermehrung in den Hundeställen an. Pediculoides tritici (Lagrèze-Fossot), eine Getreidemilbe, überträgt sich auch auf Drescher und Auflader. Tetranychus molestissimus (Weyenbergh), in Argentinien und Uruguay auf Xanthium macrocarpum lebend als Bicho colorado, belästigt auch Menschen und Thiere. Tyroglyphus Siro (Latreille), eine Mehl- und Käsemilbe, soll auch im Stuhl, Urin und Eiter des Menschen gefunden worden sein. Zufällig bei Menschen gefundene Acarinen sind noch Cheiletus eruditus Shrank, die Glycophagen, Glyciphagus- (Buski) Milben, die v. Hessling im Weichselzopf einer Polin fand, Acarus dysentericus (Lambl) und Nephrophages sanguinarius (Myiake und Scriba) bei einem Hämaturiker in Tokio (Japan).

Das 3. Heft zeichnet sich wie seine Vorgänger aus durch grosse Reichhaltigkeit, übersichtliche Anordnung und kritische Beleuchtung der gesammelten Literatur. Zunächst behandelt H. die Literatur der Dipteren im Allgemeinen, ihr Vorkommen bei den verschiedenen Völkern und den Befund von Dipterenlarven an verschiedenen Körpertheilen (in der Nasenhöhle, im äusseren Gehörgange, in den Harnwegen, dem Uterus, dem Darmkanale und auf Wunden) und geht dann näher auf die einzelnen Species ein. Als besonders werthvoll hebt er hervor die Arbeiten über Sarcophila von Wohlfahrt (1768), Portschinsky, Joseph, Girschner, über die besonders in den heissen und gemässigten Gegenden Amerikas vorkommende Compsomyia von Blanchard und Herbert Osborn und über die Oestriden (Biesfliegen) von Gounod, Fr. Brauer, Blanchard und Schöyen. H. Meissner (Leipzig).

8. **Neue Methoden der Wundheilung.** *Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis;* von Dr. C. L. Schleich. Berlin 1899. J. Springer. 8. 378 S. (7 Mk.)

„In dem vorliegenden Buche" — sagt Schl. im Vorworte — „sind die Erfahrungen niedergelegt, welche ich seit dem Jahre 1889 in meiner Privatklinik mit einer Reihe von Methoden und Präparaten gewonnen habe, die von mir selbst ersonnen sind, um das bisherige unangefochtene Schema der chirurgischen Prophylaxe und Therapie da zu durchbrechen, resp. umzugestalten, wo es vermöge seiner Complicirtheit sich offenbar nicht mehr eignet, Allgemeingut sämmtlicher Aerzte zu werden. Diese Maassnahmen entsprangen keineswegs etwa einer Neigung, durchaus Neues auszutüfteln, sondern haben sich aus der dira necessitas enger privater Verhältnisse und aus dem klaffenden Contrast, in welchen sich die „grosse" Chirurgie immer mehr gegen die täglichen Bedürfnisse allgemeiner ärztlicher Thätigkeit zu setzen beginnt, fast wie eine unabweisbare Consequenz ergeben".

Das Schl.'sche Buch bietet in Theorie und Praxis so viel Neues, dass es einem zunächst sehr schwer wird, sich in den Gedankengang Schl.'s hineinzufinden. Ehe die „neuen Methoden der Wundbehandlung" dem praktischen Arzte empfohlen werden können, bedürfen sie jedenfalls noch vielfacher gewissenhafter Nachprüfung. Hoffentlich bewähren sie sich dann eben so gut, wie die von Schl. zuerst angegebenen Verfahren zur lokalen Anästhesie. Das Gute bricht sich sicherlich Bahn, wenn auch erst langsam.

Wir verzichten an dieser Stelle auf eine Inhaltsangabe des Buches, empfehlen es aber angelegentlichst zu genauem Studium.

P. Wagner (Leipzig).

9. **Beiträge zu den Wirkungen des Jodoforms**; von Dr. J. Gross. Zürich 1899. E. Speidel. 8. 28 S. (50 Pf.)

Bei seinen Untersuchungen über die *Wirkungen des Jodoforms* kommt G. zu folgenden Schlüssen:

1) Das Jodoform wirkt einzig und allein durch seine Zersetzung, durch Abspaltung von Jod, bez. von Jodwasserstoff. 2) Diese Jodausscheidung kann durch Sonnenlicht erregten Sauerstoff, Wärme bei Anwesenheit von lebendem Protoplasma erfolgen, aber auch durch Reduktionmittel, wie nascirenden Wasserstoff. 3) Die meisten normalen Gewebe

und thierischen Flüssigkeiten lassen das Jodoform intakt. 4) Gewisse Fäulniss- und Gährungsstoffe, gewisse Toxine und Mikroorganismen und gewisse pathologische Gewebe, Neubildungen zersetzen es häufiger durch Reduktion als durch Oxydationvorgänge. 5) Abgespaltenes Jod in statu nascendi wirkt auf lebende zellige Elemente verschieden; am meisten und am frühesten auf Leukocyten und Rundzellen; auf locker gebettete kernhaltige Zellen; auf sogen. Riesen- und epithelioide Zellen und auf die Zerfallsprodukte derselben. „Eigenthümlich ist also die Thatsache der Prädilektion der Jodwirkung auf sogen. transitorische Gewebeelemente und zweitens eine specifisch ganz eigenartige langsame organische Wirkung. Das freie Jod oder der leicht zersetzliche Jodwasserstoff wirken nicht wie ein Aetzmittel, sondern durch Beschleunigung des natürlichen Zerfalls in den eigentlichen Zellen, Körnern und deren Trümmern.“ 6) Gleichwohl schädigt das Jodoform, das in die Cirkulation gelangt, edle, lebenswichtige Organe, die Leberzellen, die Muskulatur des Herzens und gewisse Regionen des Centralnervensystems.

P. Wagner (Leipzig).

10. **Die Traumen der männlichen Harnröhre.** *Historische, anatomische und klinische Untersuchung;* von Prof. M. A. Wasiliew in Warschau. I. Theil. Berlin 1899. Aug. Hirschwald. 8. 145 S. mit 9 Abbild. im Text. (4 Mk.)

Der bisher vorliegende 1. Theil der von W. bearbeiteten *Traumen der männlichen Harnröhre* enthält zunächst eine ausführliche Geschichte der Entwickelung der Frage von den Traumen und Strikturen der Urethra; dann folgen Bemerkungen über die Anatomie und Physiologie der männlichen Harnröhre. Im klinischen Theile werden vorläufig die *Schnitt- und Stichwunden der männlichen Harnröhre* besprochen.

Nach dem vollständigen Erscheinen des Werkes werden wir nochmals darauf zurückkommen.

P. Wagner (Leipzig).

11. **„Paracelsus“.** *Neues Privatkrankenhaus und Augenheilanstalt in Zürich.* 1. Bericht über den Zeitraum vom August 1896 bis December 1898; erstattet von Dr. Kaelin-Benziger. Einsiedeln 1899. Benziger u. Co. 8. 95 S. mit Illustrationen u. Beilagen. (6 Mk.)

Dieser in wahrhaft verschwenderischer Weise ausgestattete Jahresbericht des neuen Züricher Privatkrankenhauses *Paracelsus* enthält u. A. 25 vorzüglich ausgeführte *Röntgen-Photographien,* auf die wir hiermit ganz besonders hinweisen möchten.

P. Wagner (Leipzig).

12. **Geschichte der chirurgischen Lehrkanzel an der deutschen Carl-Ferdinands-Universität in Prag in der letzten Hälfte des Jahrhunderts;** von Prof. Dr. A. Wölfler. Prag 1899. J. Koch. 8. 32 S.

Anlässlich des Regierungjubiläums des österreichischen Kaisers ist von dem akademischen Senate der Universität Prag eine Festschrift herausgegeben worden, die auch einen Beitrag von A. Wölfler enthält: *Die Geschichte der chirurgischen Lehrkanzel an der deutschen Carl-Ferdinands-Universität in Prag in der letzten Hälfte des Jahrhunderts.* Ganz besonders die Perioden von Pitha, Heine und Gussenbauer finden eine eingehende Würdigung.

P. Wagner (Leipzig).

13. **Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges nebst Grundriss der Pathologie und Therapie derselben;** von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. [Lehmann's med. Handatlanten Band XVIII.] München 1899. J. F. Lehmann. 8. X u. 228 S. mit 76 farbigen u. 6 schwarzen Abbild. (10 Mk.)

Wie wir seiner Zeit den vortrefflichen Atlas der Ophthalmoskopie von Haab (Lehmann's med. Handatlanten Band VII) den Aerzten angelegentlich empfohlen haben, so möchten wir dies ebenso mit diesem Atlas der äusseren Erkrankungen thun. Der Titel dürfte vielleicht die irrthümliche Vorstellung erwecken, als ob es mehr eine Bildersammlung mit mehr oder minder ausführlicher Benennung wäre. Es ist eigentlich ein reich illustrirtes kurzes Lehrbuch der Augenheilkunde mit genügender Berücksichtigung der Pathologie und Therapie des Auges. Schon aus der dem Atlas selbst vorausgeschickten Anleitung zur Untersuchung des äusseren Auges mit ihren kurzgefassten, leicht verständlichen und nur für das Praktische berechneten Regeln wird jeder Arzt sehen, wie viel er auch ohne eigentliche specialistische Ausbildung aus dem Buche lernen kann. Die Ausstattung des Buches ist sehr gut; die Bilder, nach Originalen vom Maler *Johann Fink* hergestellt, sind möglichst naturgetreu.

Lamhofer (Leipzig).

14. **Gynäkologische Diagnostik;** von Dr. J. Veit, ord. Prof. an d. Univ. Leiden. 3. Aufl. Stuttgart 1899. F. Enke. 8. VIII u. 206 S. mit 37 in d. Text gedruckten Holzschnitten. (4 Mk.)

Das nunmehr in 3. Auflage vorliegende Werk, dessen 1. und 2. Auflage Ref. früher (Jahrbb. CCXXVII. p. 218; CCXXXIII. p. 218) ausführlich besprochen hat, ist nur wenig verändert worden, namentlich wurde der Charakter des Buches vollständig beibehalten. V.'s Diagnostik giebt auch in der 3. Auflage sowohl dem Studirenden, wie auch dem praktioirenden Arzte vorzügliche Anhaltepunkte auf diesem ungemein wichtigen Gebiete und ihr Studium kann deshalb nicht warm genug empfohlen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

15. **Geburtshülfliche Taschen-Phantome;** von Dr. K. Shibata, Specialist d. Gynäkologie u. Geburtshülfe zu Tokio, z. Z. Volontär-

arzt an d. Univ.-Frauenklinik München. Mit einer Vorrede von Prof. Dr. Franz von Winckel. 4. verm. Aufl. München 1898. J. F. Lehmann. Kl. 8. V u. 19 S. mit 8 Textillustr., einem Becken u. 2 in allen Gelenken beweglichen Früchten. (3 Mk.)

Die vorliegende 4. Auflage ist trotz des Titels keineswegs eine „vermehrte" Auflage. Ref. kann diesem wörtlichen Abdrucke der 3. Auflage deshalb dieselben empfehlenden Worte widmen, mit denen er seiner Zeit (Jahrbb. CCXLVI. p. 213) die übrigens auch genau gleich ausgestattete 3. Auflage angezeigt hat.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

16. **Der Kolpeurynter, seine Geschichte und Anwendung in der Geburtshülfe.** Auf Grund von 23 Fällen aus der Universitäts-Frauenklinik zu Bonn; dargestellt von Dr. Rudolf Biermer, Frauenarzt in Wiesbaden. Mit einem Vorwort von Dr. Heinrich Fritsch, Geh. Med.-Rath u. Prof. an der Universität Bonn. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. Gr. 8. VIII u. 69 S. (2 Mk.)

B. will durch seine Schrift die praktischen, Geburtshülfe treibenden Aerzte für die Geschichte des Kolpeurynters und dessen Anwendung in der Geburtshülfe interessiren.

I. Theil, Geschichte des Kolpeurynters. Der Erste, der die Kolpeuryse 1851 als neue Methode zur schnellen künstlichen Erweiterung des Muttermundes empfahl, war Carl Braun in Wien. B. verfolgt die ganze Entwickelung der Kolpeuryse und bespricht die von Tarnier, Winkler, Stehberger, Greder, Barnes, Fehling, Madurowicz, Schauta, Mäurer, Champetier und A. Müller angegebenen Modifikationen der Methode. Die eigentliche Kolpeuryse von C. Braun sucht ihren Angriffspunkt in der Scheide, die Ballons von Barnes und Tarnier suchen die Erweiterung der Cervix zu bewirken, während Mäurer als neues, sehr wesentliches Moment die Zugwirkung an dem in den Uterus eingeführten Ballon in Anwendung bringt.

II. Theil, Anwendung des elastischen Ballons in der Geburtshülfe. B. berichtet über 23 Fälle aus der Bonner Frauenklinik. Der Ballon wurde fast ausschliesslich intrauterin angewandt, und zwar 16mal zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge, 2mal bei Nephritis gravidarum, 2mal bei Pneumonie am Ende der Schwangerschaft, 2mal bei Gefahr für das Kind und 1mal wegen fortdauernder Blutungen ante partum.

In der Bonner Klinik wird ein einfacher Braun'scher Kolpeurynter mit langem Schlauch benutzt. Der eigentliche Ballon ist 14 cm lang und 10 cm breit; im gefüllten Zustande hat der Ballon einen Umfang von 30—34 cm. Der durch Auskochen und Einlegen in 1proc. Lysol oder 1prom. Sublimatlösung desinficirte Ballon wird der Länge nach zusammengefaltet und ähnlich einer Cigarre zusammengerollt, mit Hülfe einer Kornzange im Speculum durch den Cervikalkanal geschoben und dann mit einer Stempelspritze mit 400—750 cm $^1/_2$—1proc. Lysollösung angefüllt. Soll die Wirkung durch Zug verstärkt werden, so wird der Schlauch durch Anknüpfung eines Bandes verlängert, letzteres über das Fussende des Bettes geleitet und der Zug durch Anhängen einer $^3/_4$ Liter haltenden, mehr oder weniger gefüllten Flasche ausgeübt. Selbstverständlich wird die Gravida und deren Genitalkanal vorher genau desinficirt; ebenso ist die vorherige Entleerung von Blase und Mastdarm durchaus nothwendig.

Im *casuistischen Theile* berichtet B. zunächst über 16 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge. In diesen 16 Fällen wurde mit einer einzigen Ausnahme mit der Bougiesbehandlung angefangen und erst als diese zu langsam wirkte, wurde die Ballonbehandlung als weiteres Hülfsmittel herangezogen. Die Dauer der stets intrauterinen Ballonbehandlung schwankte in den einzelnen Fällen zwischen $1^1/_2$ und 33 Stunden. Wirkt der Ballon schon allein durch seine Lage wehenerregend, so ist nach B. die Einwirkung von aussen durch Gewichtbelastung oder Zug irgend welcher Art unnöthig.

Beim Vergleiche der Bougiesbehandlung mit der Ballonbehandlung bemerkt B., dass von Fritsch die Bougiesbehandlung bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt für die beste gehalten und dass in allen Fällen versucht werde, mit dieser allein auszukommen. Der Kolpeurynter dagegen, intrauterin oder vaginal angewandt, ist nach B. ein hervorragendes Hülfsmittel bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge.

Es folgen 2 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Nephritis gravidarum. B. glaubt, sich in derartigen Fällen viel von der Ballonbehandlung versprechen zu dürfen. Im 1. Falle war Blasensprung und Bougiesbehandlung ohne jeden Erfolg und erst die intrauterine Kolpeuryse hatte die Ausstossung der Frucht in kurzer Zeit zur Folge. Auch im 2. Falle wirkte die Kolpeuryse schnell und schonend.

Zum Schlusse theilt B. noch 2 Fälle von Anwendung des Kolpeurynters wegen Pneumonie am Ende der Schwangerschaft, 2 Beobachtungen von dessen Anwendung wegen Gefahr für das Leben des Kindes und 1 solche bei Blutung am Ende der Schwangerschaft und Placenta praevia mit. Gerade bei der letztgenannten Indikation kann der Praktiker nach B. den allergrössten Nutzen aus der Hystereuryse ziehen.

B. fasst seine Schlüsse in Folgendem zusammen: „Der Kolpeurynter ist, vaginal oder intrauterin mit oder ohne constanten Zug angewandt, ein hervorragendes Mittel, auf ungefährliche Weise die Erweiterung des Muttermundes herbeizuführen und kräftige Wehen auszulösen. Ueberall da, wo diese

Wirkung angestrebt werden soll, ist seine Anwendung zu empfehlen." „In erster Linie kommt hier in Betracht die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge." „Ferner ist die Anwendung des Kolpeurynters zu empfehlen, wenn es sich darum handelt, die Entbindung zu forciren wegen Gefahr für das Leben der Mutter." „Der Kolpeurynter eignet sich nicht nur für die Anstaltsbehandlung, auch der praktische Geburtshelfer soll sich dieser so ausgezeichneten Methode bedienen, und darf daher der Kolpeurynter in keinem Geburtsbesteck fehlen."

Das Studium der B.'schen Abhandlung kann nur dringend empfohlen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

17. **Leistungen und Aufgaben der geburtshülflichen Institute im Dienste der Humanität.** Akademische Festrede zur Feier des Jahresfestes der Grossh. Hess. Ludwigs-Universität am 1. Juli 1899, gehalten von dem derzeitigen Rector Dr. Hermann Löhlein, Geh. Med.-Rath, ord. Prof. d. Medicin. Giessen 1899. 4⁰. 16 S.

L. giebt zunächst einen historischen Rückblick über Anfang und Weiterentwickelung der geburtshülflichen Universitätinstitute. Von deutschen Universitäten hatte Strassburg als erste in den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts unter J. J. Fried eine geburtshülfliche Anstalt geschaffen. Von J. J. Fried's Schülern kam J. G. Röderer 1751 als Lehrer der Geburthülfe und Anatomie nach Göttingen. In *Giessen* wurde erst nach den Napoleonischen Kriegen eine geburtshülfliche Klinik für die Studirenden eröffnet.

Die Sterblichkeit in den geburtshülflichen Universitätkliniken war in den 50er Jahren wegen des grassirenden Wochenbettfiebers entsetzlich hoch, durchschnittlich ca. 16%, ansteigend bis zu 31.3%. Demgegenüber berechnete L. J. Boër für die Zeit vom Jahre 1793—1800 eine Sterblichkeit von nur 1.5%.

Eingehend schildert L. den Einfluss der bahnbrechenden, 1861 veröffentlichten Forschungen von J. P. Semmelweiss über die Entstehung und Verhütung des Puerperalfiebers. Erst in der 2. Hälfte der 70er Jahre fand die von Semmelweiss begründete Lehre von der Verhütung des Wochenbettfiebers allgemeine Anerkennung; in Folge dessen sank die puerperale Sterblichkeit in den Anstalten so bedeutend, dass L. in seiner Giessener Anstalt in den Jahren 1894—1898 eine puerperale Anstaltsterblichkeit von nur 0.1% erreichte.

L. betont, dass der Zudrang zu den staatlichen Anstalten seitdem überhaupt grösser geworden ist, und dass besonders auch die Zahl der Verheiratheten, die in den Anstalten Hülfe suchen, wächst.

Zum Schlusse bespricht L. die Einrichtung der sich von Jahr zu Jahr immer mehr Geltung verschaffenden Wöchnerinnenasyle und der Reconvalescentenhäuser für allzu früh aus den geburtshülflichen Anstalten entlassene Frauen. Das in Berlin gegründete Reconvalescentenheim wurde jedoch so wenig besucht, dass es 1892 wieder geschlossen werden musste; als Grund dieser eigenthümlichen Erscheinung nimmt L. an, dass die Anstalt-Disciplin von den Frauen gescheut wird. Sehr wesentlich dürfte nach Ansicht des Ref. hierbei auch die dira necessitas in Betracht kommen, die die Arbeiterfrauen zur baldigen Uebernahme ihrer häuslichen Pflichten zwingt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

18. **Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel.** *Ein Handbuch für Aerzte und Juristen;* von Prof. L. Lewin u. Dr. M. Brenning. Berlin 1899. Aug. Hirschwald. Gr. 8. VIII u. 291 S. (8 Mk.)

In der Bearbeitung des in vielen Beziehungen interessanten Gebietes der künstlichen Fruchtabtreibung haben sich L. und Br. eine dankbare Aufgabe gestellt, und sie haben diese in glücklicher Weise gelöst. Nach einer kurzen *Einleitung* wird die *Verbreitung der Fruchtabtreibung* in alter und neuer Zeit geschildert, und darauf die *Gesetzgebung* über dieselbe mitgetheilt, unter Berücksichtigung des jüdischen, des griechischen und römischen, des canonischen, des alten germanischen, angelsächsischen und deutschen Rechtes alter und neuester Zeit und der modernen Gesetzbestimmungen fremder Länder. Besonders eingehend sind die Betrachtungen über das deutsche Strafgesetzbuch; die einzelnen Fälle, wie sie sich unter Heranziehung der Paragraphen über den Versuch, die Anstiftung, die Beihülfe und die Mitthäterschaft ergeben, werden durch Entscheidungen des Reichsgerichtes erläutert. Der 4. Abschnitt behandelt die *Dynamik* der Abtreibungmittel, der 5. die *speciellen Ursachen* des Fruchttodes und der Abtreibung, der 6. die *Diagnostik* des criminellen Abortes. Die folgenden 3 Abschnitte beschäftigen sich mit den *einzelnen Abtreibungmitteln*, dieselben werden zunächst in ihrer historischen und ethnographischen Verbreitung betrachtet, dann folgt eine reichhaltige, für den Gerichtsarzt besonders werthvolle Casuistik der Abtreibung durch Gifte, und endlich werden die mechanisch-chemischen und mechanischen Mittel zur Einleitung des Abortes besprochen. Für den Gerichtsarzt bildet besonders der casuistische Theil des Werkes ein Hülfsmittel, wie es ihm bisher auf diesem Gebiete nicht zu Gebote stand.

Woltemas (Diepholz).

19. **Beiträge zu einer Reform der geburtshülflichen Ordnung im preussischen Staate.** Herausgegeben von der *Commission* der *Aerzte-Kammer* der Provinz Sachsen, Dr. Bertog in Oschersleben, Dr. Brennecke in Magdeburg u. Dr. Dietrich in Merseburg. Berlin 1898. Elwin Staude. 8. 64 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Nach einer kurzen historischen Einleitung Dietrich's werden die „Grundzüge einer Reform der geburtshülflichen Ordnung im Preussischen Staate" vollständig wiedergegeben, wie sie Brennecke der Aerzte-Kammer der Provinz Sachsen am 29. April 1897 vorgelegt hatte. Hierin wird zunächst gewünscht, das Hebammenwesen der Selbstverwaltung der provinzialen Verbände wieder zu entziehen und es der allgemeinen Staatsverwaltung zu unterstellen, jede Provinz soll nur eine, höchstens zwei Lehranstalten und reiches Material erhalten und in 1jährigen Cursen unterrichten. Bedingung der Ausbildung soll die Absolvirung einer höheren oder mittleren Töchterschule sein, eventuell die Ablegung einer dem Ziele der letzteren entsprechenden Prüfung. Die Hebammen sollen sämmtlich als Staatsbeamte angestellt und in ihrer Zahl in näher angegebener Weise beschränkt werden, 800—1200 Mark Jahreseinkommen erhalten. Weiter sollen in Anlehnung an die Frauenvereine „Helferinnen", „Familienpflegerinnen" und „geprüfte Wochenpflegerinnen" ausgebildet werden.

In ähnlichem Sinne gehalten sind die hierauf abgedruckten *Grundzüge,* wie sie die Commission der sächsischen Aerzte-Kammer beschloss, nur ist die gesetzlich festgelegte Unterstellung des Hebammenwesens unter die Provinzialverbände geblieben. Für „Hebamme" wird die Bezeichnung „Frauenschwester" [von mir vor einigen Jahren vorgeschlagen; Ref.] empfohlen. Die Organisation der Wochenpflege, welche von „Frauengenossenschaften mit beschränkter Haftpflicht" geregelt werden soll, ist in 2 kurzen Sätzen gefasst dargelegt.

Es folgen dann die ausführlichen Reden, in denen die Berichterstatter die Angelegenheit in der Aerzte-Kammer zur Sprache brachten und ihre Thesen begründeten; hierbei ist eine dankenswerthe tabellarische Zusammenstellung verschiedener Hebammentaxen Deutschlands gegeben, bei der übrigens diejenige des Regierungs-Bezirkes Coblenz von 1895 fehlt.

Schliesslich ist die noch kürzer wie ihre Vorläufer gefasste Zusammenstellung der *Grundzüge* gegeben, wie sie die Aerzte-Kammer, in Anlehnung an die Fassung der Commission beschloss. Weggefallen ist die geforderte Vorbildung einer höheren oder mittleren Töchterschule und eine andersartige Bezeichnung und die Beamtenstellung der Hebammen. Wichtig ist ferner die Forderung, dass die Staatsprüfungen in sämmtlichen Hebammenlehranstalten unter dem Vorsitze eines und desselben Medicinalbeamten stattfinden sollen. Ueber Wochenpflege wurde keine Resolution gefasst.

In einem Schlussworte wird gesagt, warum die Kammer davon abgesehen hat, ihre Beschlüsse schon jetzt den anderen Aerzte-Kammern zu unterbreiten. R. Wehmer (Berlin).

20. **Die Quarantäne-Frage in der internationalen Sanitätsgesetzgebung**; von Dr. G. Kobler in Serajewo. Wien 1898. Alfred Hölder. 8. 96 S. (1 Mk. 50 Pf.)

K. hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, die Quarantänefrage im Lichte der Beschlüsse der letzten internationalen Sanitätconferenzen einer näheren Erörterung zu unterziehen. Es geschieht dies in 21 Abschnitten, in denen K. neben einer historisch-kritischen Schilderung der internationalen Uebereinkünfte hervorragendere literarische und sonstige Kundgebungen, z. B. die August Hirsch'schen Thesen von 1879, die Propositionen von Proust und Brouardel, Lowther's abwehrenden Standpunkt und Pagliani's Vorschläge auf der Venediger und Pariser Conferenz u. dgl. mehr, sowie zahlreiche Einzelbeobachtungen über Werth und Unwerth von Quarantänemaassregeln und ihre Umgehung anführt. Auch auf die Missstände und die Schäden in gedankenloser Weise äusserlich gehandhabter Maassnahmen geht er unter Beibringung von Beispielen ein. Hierbei sind von besonderem Interesse die von ihm beigebrachten Interna aus den Debatten der letzten internationalen Conferenzen.

Seine Ausführungen lässt er dann in folgenden Schlusssätzen gipfeln:

„1) Die Zweckmässigkeit der Landquarantänen für nicht europäische Länder kann nicht mit voller Bestimmtheit geleugnet werden. 2) Bei ihrer Errichtung muss naturgemäss auf weitgehendste Desinfektion- und Isolirungmaassregeln Bedacht genommen werden. 3) In Seuchenorten, insbesondere in verseuchten Häfen, wäre eine correkt durchgeführte mehrtägige Quarantänirung der Abreisenden anzurathen. 4) Die Abreise von Pilgern aus verseuchten Gegenden wäre zu verbieten. 5) Die Institution der Schiffsärzte wäre zu verstaatlichen, um diesen bei der Seuchenprophylaxe besonders wichtigen Organen eine behördliche Autorität und Unabhängigkeit von Privatinteressen zu verleihen."

R. Wehmer (Berlin).

21. **Verwaltung, Betrieb und Einrichtung der Krankenhäuser**; von H. Merke, Verwaltungsdirektor des städt. Krankenhauses Moabit-Berlin. [Th. Weyl's Handbuch der Hygieine Lief. 38.] Jena 1899. Gust. Fischer. Gr. 8. 286 u. 11 S. mit 30 Abbild. im Text. (Preis im Einzelverkauf 7 Mk.)

Auch dieser Band stellt wie verschiedene andere Specialarbeiten in Th. Weyl's Handbuche ein völliges Novum auf dem medicinischen Büchermarkte dar. Man wird ihn daher um so dankbarer begrüssen, als er nicht nur eine Fülle von für die Praxis überaus wichtigen Einzelthatsachen zusammenstellt, sondern auch von einer der hervorragendsten Autoritäten auf diesem Gebiete verfasst ist.

Die Arbeit erörtert in 2 Hälften: A. Verwal-

tung und B. Betrieb, sowie Einrichtung der Krankenhäuser.

Bei Erörterung der *Verwaltung* sind abgehandelt: Das ärztliche und das Verwaltungspersonal, wobei M. für je einen getrennten und coordinirten ärztlichen und Verwaltungsdirektor eintritt. Es werden dann Stellung, Rechte und Pflichten der Aerzte und des Verwaltungspersonals in ihren verschiedenen Abstufungen besprochen, sodann die Finanzirung unter Beigabe einer Tabelle aus Moabit, Krankenpflege, Aufnahme und Entlassung der Kranken und in sehr eingehender Weise die Diätvorschriften (auf 37 Seiten); von besonderem Werthe für den Praktiker werden hier die zahlreichen Tabellen sein für die drei Kostformen, die Abstufungen nach den Altersklassen, die zeitlichen Eintheilungen, specielle Speisezettel u. dgl. m.

In der *zweiten Hälfte, Betrieb und Einrichtungen,* wird zunächst auf die *Kochküche* eingegangen, ihre Anlage, die Beschaffung des Rohmateriales, Küchenpersonal und Küchenbetrieb werden nach den Errungenschaften der Neuzeit besprochen mit allen möglichen praktisch wichtigen Sondereinrichtungen, wie Verhütung von Wrasenbildung, Wärmevorrichtungen, Verwerthung der Speisereste u. dgl. m.; ein *Senking*'scher Menagekessel und grosser Milchkocher sind abgebildet, die Instruktion für die Milchmädchen im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause ist beigegeben u. dgl. m.

Eine ebenso gründliche Darstellung erfährt der *Wäschereibetrieb,* wobei unter Anderem besonders auf die ordnungsmässige Desinfektion der Wäsche Werth gelegt wird. Weiter werden die Einrichtungen der *Krankenstationen* beschrieben, vor Allem die Betten mit ihren Specialeinrichtungen, wobei unter Anderem auf die Rosshaarspiralfedermatratzen und deren Umarbeitung, auf Krankenhebevorrichtungen unter Beigabe entsprechender Abbildungen Werth gelegt wird. Auch die zweckmässigste Form sonstiger Krankenmöbel, wie Nachttische, Lehnstühle, Bettschirme, Schränke, Waschtische, wird besprochen. Es folgen Bäder, einschliesslich Einrichtungen für permanente Bäder, Ausgussbecken, Aufbewahrungsräume für Besen, Theeküchen, Kleiderschränke, Bett- und Krankenwagen, Tageräume, Operationzimmer mit Nebenräumen, medikomechanische Institute u. s. w., zum Theil unter Beifügung entsprechender Abbildungen.

Sehr eingehend wird dann die *Desinfektion* erörtert, deren jetzige praktische Organisation in Berlin bekanntlich von Merke herrührt; es folgen Capitel über die Hausapotheken, über Buchführung, Küchenverwaltung, wobei viele praktisch erprobte Formulare für Diät-Speisezettel, auch Rechnungsformulare beigegeben sind, weiter über Materialien- und Inventarienverwaltung, Wäscheverwaltung, ebenfalls mit zahlreichen Formularen und Angabe von Bucheinrichtungen. Ein Anhang giebt einen Entwurf zur Buchführung für kleinere Krankenhäuser, Sanatorien u. dgl. m.

Sonst sind in üblicher Weise Literaturverzeichnisse eingefügt und ein alphabetisches Register ist dem warm zu empfehlenden Buche beigegeben.

R. Wehmer (Berlin).

22. **Die Vision im Lichte der Culturgeschichte** *und der Dämon des Sokrates;* von Dr. Knauer. Leipzig 1899. W. Friedrich. 8. 222 S. (3 Mk.)

Der Vf. versucht zu zeigen, wie oft und wie bedeutungsvoll Visionen in die menschliche Entwickelung eingegriffen haben. Er macht dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Der 2. Theil handelt von der Sinnestäuschung in der Dichtung. Im 3. endlich wird das **δαιμονιον** des Sokrates besprochen und wird dieser gegen moderne Kritiken in Schutz genommen.

Möbius.

23. **Kerker-Palimpseste,** *Wandinschriften und Selbstbekenntnisse gefangener Verbrecher;* von Cesare Lombroso. Deutsch von H. Kurella. Hamburg 1899. Verlagsanstalt A.-G. 8. 318 S. mit 20 Illustr. u. 2 Taf. (10 Mk.)

Unter Palimpsesten versteht man alte Pergamente u. s. w., auf denen über alte ausgekratzte Schrift weg wieder (*παλιν*) geschrieben worden ist, und die Entzifferung ist die der alten Schrift. Man weiss nicht recht, warum L. die Schreibereien der Gefangenen auf Mauern, Geräthen und die Randschriften in Büchern pomphaft Palimpseste nennt, aber das thut nichts. Das Buch L.'s ist 1890 in Turin erschienen. Der Uebersetzer hat einige weitere Mittheilungen L.'s, Proben aus den Mittheilungen französischer und deutscher Verbrecher hinzugefügt und hat das Anstössige etwas gemildert. Ausser den natürlich mehr oder weniger kurzen Aufschriften, die den Kern des Buches bilden, werden 10 Autobiographieen von Verbrechern gegeben, die vielleicht das Interessanteste sind. Im 3. Theile werden die Kerkerschriften mit den Mauerinschriften ausserhalb der Gefängnisse verglichen und werden zusammenfassende Betrachtungen angestellt. „Wenn die Vergleichung der Wandinschriften Gefangener mit denen Ehrlicher oder richtiger Freier die Charaktereigenschaften Eitelkeit, Ungeduld, Zorn, Unbeständigkeit, Neid, Spielsucht, Trägheit ungefähr gleich entwickelt zeigt, sehen wir bei den Gefangenen Ironie, Rachsucht, Widerstandsunfähigkeit, Schlauheit doppelt so oft, Lüsternheit, Hass, Ungerechtigkeit, Obscönitäten und Koprologien 5mal häufiger auftreten; ferner dominirt bei den Gefangenen Habsucht, Grausamkeit, Cynismus, Misstrauen und Aberglauben. Dagegen sind bei Letzteren alle besseren Eigenschaften seltener zum Ausdrucke gekommen, z. B. tritt die Sorge für die Zukunft 8mal, das Wohlwollen 4mal seltener auf, Reue, Liebe, Erwartung sind halbmal so selten. Aber weniger in dem zahlenmässigen Verhalten, als in der Intensität, der fast an's Wahnsinnige grenzenden Schärfe der Grausamkeit, der Eitelkeit tritt

der grosse Unterschied zwischen den Gefangenen und den Freien hervor." Das ist Alles eigentlich gar nicht überraschend.

Die praktischen Schlüsse L.'s gehen hauptsächlich dahin, dass die überaus kostspieligen Zellengefängnisse ihren Zweck nicht erfüllen, dass die Freiheitsstrafen überhaupt die Gefangenen nicht bessern, dass der Unterricht in den Gefängnissen die Gefangenen nur schlauer und gefährlicher macht, dass man aber für die Gefangenen, die schon lesen können, zweckmässige Lektüre reichlich besorgen soll.

Im Einzelnen enthält das Buch viel Merkwürdiges und Interessantes, Niemand wird es ohne Anregung lesen. Möbius.

24. **Lehrbuch der gesammten wissenschaftlichen Genealogie**; *Stammbaum und Ahnentafel in ihrer geschichtlichen, sociologischen und naturwissenschaftlichen Bedeutung;* von Prof. Ottokar Lorenz. Berlin 1898. W. Hertz. Gr. 8. 489 S. (8 Mk.)

Dieses Buch ist für den Arzt, und besonders für den Neurologen, von ungewöhnlichem Interesse, denn es zeigt, wie das Problem der Vererbung angefasst werden muss.

Nach einer grossen Einleitung, die über die Genealogie als Wissenschaft und über ihre Beziehungen zu den verschiedenen Kenntnisszweigen handelt, erörtert der Vf. 1) die Lehre vom Stammbaume, 2) die Ahnentafel und 3) Fortpflanzung und Vererbung in naturwissenschaftlicher Hinsicht.

Die Hauptlehre ist die, dass die naturwissenschaftliche Betrachtung von der Ahnentafel ausgehen müsse, nicht vom Stammbaume. Unter Ahnentafel versteht man das Verzeichniss der vom Individuum aufwärts sich verdoppelnden Elternpaare; da die Eltern annähernd gleichen Antheil am Kinde haben, kann nur die Betrachtung, die männliche und weibliche Ahnen gleichmässig berücksichtigt, der Sache gerecht werden. Damit hat der Vf. zweifellos Recht und es ist ihm ohne Weiteres zuzugeben, dass die bisher von ärztlicher Seite gelieferten Darstellungen recht mangelhaft sind, insofern, als sie sich in der Hauptsache an den socialen Begriff der Familie, nicht an den naturwissenschaftlichen der Ahnensumme gehalten haben. Auch zeigt der Vf. mit Glück, wie wenig bei der statistischen Behandlung der Erblichkeitfragen herauskommt, wie wahrhafte Belehrung nur von der Vertiefung in das Individuelle, von der genealogischen Betrachtung zu erwarten ist. Er weist darauf hin, welche Menge von brauchbarem Materiale in den historischen Ahnentafeln enthalten ist, und er giebt manche lehrreiche Beispiele.

Es wäre sehr zu wünschen, dass Alle, die sich mit der Lehre von der Vererbung befassen müssen, L.'s Buch berücksichtigten. Bisher wissen wir blutwenig, vielleicht gelingt es, auf neuer Grundlage weiter zu kommen.

Ein paar Bemerkungen seien dem *Ref.* verstattet. Der Vf. befasst sich viel mit dem verteufelten Atavismus. Er steht ihm skeptisch gegenüber, aber vielleicht noch nicht genug. Es liegt die Gefahr nahe, dass bei Betrachtung der Ahnentafel die mathematische Auffassung zu sehr in den Vordergrund trete, dass A, wenn er seine 16 Ahnen aufweist, als mathematisches Produkt der 30 Vorfahren betrachtet werde. Wir müssen aber A nicht als mathematisches, sondern als chemisches Produkt, und zwar als das seiner beiden Eltern, ansehen. Bei der Zeugung entsteht so zu sagen eine neue Verbindung durch das Zusammenkommen zweier chemischer Stoffe, die einander noch nie begegnet sind. Machen wir den chemischen Versuch, so wissen wir nicht, welche Eigenschaften der neue Stoff haben wird, Gase geben Flüssiges, Farbloses giebt Gefärbtes, Geruchloses giebt Riechendes u. s. f. Bei der Zeugung hängen die Eigenschaften des Erzeugten nicht nur von denen der Vorfahren ab, sondern auch vom Verhältniss des väterlichen Keimes zum mütterlichen, das wir mit der chemischen Reaktion vergleichen. Wenn bei dem Erzeugten Eigenschaften auftreten, die keins der Eltern hat, so braucht nicht irgend ein entfernter Ahn sie den Eltern als versiegeltes Depot mitgegeben zu haben, vielmehr ist es von vornherein viel wahrscheinlicher, dass sie beim Zusammentreffen der elterlichen Keimstoffe neu entstanden sind. Damit ist die Möglichkeit, dass Merkmale entfernter Ahnen beim Kinde wieder zum Vorscheine kommen können, nicht abgeleugnet. Aber sie ist nicht die einzige Erklärung und die Annahme des Atavismus wird um so unwahrscheinlicher, je grösser der Abstand des Ahns ist. Bei 8 oder 10 Generationen ist die Ahnenreihe (2^8, 2^{10}) schon so gross, dass in ihr alle beliebigen menschlichen Eigenschaften vertreten sein können. Auch dürfte man in Zukunft mehr als bisher Das zu betonen haben, dass die einzelnen Keime, die ein Individuum liefert, offenbar verschieden sind. Die grosse Verschiedenheit, die oft Geschwister trennt, lässt sich nicht durch Verschiedenheit der Zeit und anderer Umstände erklären. Das, was die moderne Naturphilosophie das Keimplasma nennt, ist nicht eine gleichmässige Masse, sondern die einzelnen Keime sind individuell verschieden. Dadurch wird die Verwickelung noch viel grösser, die Nothwendigkeit, vorsichtig zu schliessen, wesentlich gesteigert.

Der Vf., der sich mit der naturwissenschaftlichen Seite seines Gegenstandes sehr vertraut gemacht hat, äussert doch an manchen Stellen Meinungen, die Bedenken erregen. Insbesondere sind die Bemerkungen über die Vererbung von Syphilis, Lepra und Alkoholismus auffallend (p. 387 flg.). Man behaupte, dass Syphilis und Lepra die nachfolgenden Geschlechter belasten, da aber jeder Lebende unter den vielen tausend Ahnen, die er im Mittelalter zu suchen hat, syphilitische und

lepröse Ahnen gehabt habe, so könne die Sache nicht so schlimm sein. Nun wird aber kaum Jemand behauptet haben, dass die Syphilis auf die 10. Generation oder noch weiter wirken könne. Ihre Wirkung erstreckt sich nicht einmal auf die Enkelkinder, da diese nicht immun sind. Etwas anders liegt die Sache beim Alkoholismus. Er kann überhaupt nicht direkt vererbt werden, sondern er bewirkt nur eine bald so, bald so sich äussernde Verschlechterung des Keims. Diese kann sich natürlich nicht als solche forterben und braucht auch nicht in jedem Falle vorhanden zu sein. Wenn die Kinder der Säuferin Anna von Oranien gesund zu sein schienen, so beweist das doch höchstens, dass die gute Natur der Dame stärker war als die Schädlichkeit. Und wenn nach vielen Generationen nichts mehr auf die Trunksucht gewisser Ahnen deutet, so kann man daraus doch nicht schliessen, dass „Trunksucht entweder überhaupt nichts schadet, oder ihre Schädlichkeit gar nicht, oder nur theilweise, und unter erst noch zu erforschenden Umständen in vererbten Eigenschaften zum Ausdrucke kommt". Der Vf. findet einen unlösbaren Widerspruch zwischen den Beobachtungen der Aerzte und den Ergebnissen der Genealogie, die „bei Betrachtung langer Reihen die erwarteten Wirkungen nicht findet". Die Sache dürfte doch so liegen, dass es auch in der Folge der Geschlechter eine vis medicatrix naturae giebt; die von aussen eingedrungene Schädlichkeit verliert ihre Kraft oder sie wird durch relativ gesunde Keime bei der Copulation neutralisirt. Ohne diese heilsamen Einrichtungen würden wir wahrscheinlich nur noch eine Bande von Krüppeln sein. Aber so wenig die Selbstreinigung der Flüsse mit ihrer örtlichen Verunreinigung unvereinbar ist, eben so wenig besteht ein Widerspruch zwischen der ärztlichen Beobachtung, die die grauenhaften Wirkungen der Syphilis und des Alkoholismus der Eltern an den Kindern zeigt, mit der genealogischen Wahrnehmung.

Ganz unverständlich ist Folgendes. Der Vf. weist darauf hin, dass in manchen Familien trotz reichlicher Knabengeburten der Mannesstamm rasch abgestorben ist. „Wohl aber wird man nicht leugnen können, dass die Genealogie zu beweisen scheint, dass sich der männliche Keimkern durch die Zahl der Zeugungen in den männlichen Reproduktionen unzweifelhaft erschöpft, während die Reproduktionsfähigkeit in den weiblichen Descendenzen unerschöpflich fortzubestehen scheint." Was soll das heissen? Wie kann sich der Keimkern erschöpfen? Wir wissen ja gar nicht, ob das Geschlecht des Kindes von der Beschaffenheit des Spermatozoon abhängt, und auch, wenn es so wäre, bliebe die Sache unverständlich.

Diese paar Bemerkungen sollen nur zeigen, dass der *Ref.* das Buch mit grossem Interesse gelesen hat. Fast immer musste er dem Vf. beistimmen und er ist überzeugt, dass auch Anderen L.'s Werk zu einer Quelle reicher Belehrung und nachhaltiger Anregung werden wird. Bei einer neuen Auflage aber wäre Ausmerzung der ungemein vielen Druckfehler zu wünschen. Möbius.

25. **Jugenderinnerungen eines alten Arztes**; von Adolf Kussmaul. 3. Aufl. Stuttgart 1899. A. Bonz u. Co. Gr. 8. VIII u. 496 S. mit 1 Porträt. (7 Mk. 20 Pf.)

K.'s „Erinnerungen" haben nach kurzer Zeit die 3. Auflage erreicht, ein Beweis, dass sie allgemeinen Beifall gefunden haben. In der That weiss der liebenswürdige Vf. so angenehm und lehrreich zu erzählen, dass jeder denkende Arzt das Buch mit Vergnügen und Vortheil lesen wird. Besonders die Studienzeit in Heidelberg und die Erfahrungen des Vfs. während der Jahre 1848 und 1849 in Wien, Holstein und Baden sind höchst interessant. Bekanntlich hat K. den ungewöhnlichen Weg eingeschlagen, dass er erst Landarzt und dann Kliniker wurde. Wir erfahren hier, dass eine schwere Erkrankung, die der Vf. als rheumatische Myelitis schildert, die Ursache davon war, dass K. die Landpraxis aufgab. Mit dieser Krankheit schliesst das Buch ab. Möchte der verehrte Vf. sich entschliessen, ihm einen 2. Band folgen zu lassen. Möbius.

26. **Dr. L. Sonderegger in seiner Selbstbiographie und seinen Briefen**; herausgegeben von Dr. E. Haffter. Frauenfeld 1898. J. Huber. 8. VIII u. 498 S. mit 1 Bildniss. (6 Mk.)

Das Anziehendste in der Biographie Sonderegger's ist seine reine Begeisterung für den ärztlichen Beruf, eine Begeisterung, die durch Mühe und Arbeit, ja durch das Opfer des Lebens als echt bewiesen ist. Das Leben ist für S. nicht leicht gewesen, er hat es sich in jeder Beziehung sauer werden lassen müssen. In der Praxis aufgehend, konnte er nicht zu wissenschaftlichen Leistungen gelangen, aber er war unermüdlich thätig im Dienste der Gesundheitpflege und im Interesse des ärztlichen Standes, so dass nicht nur seine Patienten, sondern die ganze Schweiz und die Schweizer Aerzte besonders ihm viel zu danken haben. S. muss ein guter, liebenswürdiger Mensch gewesen sein, dass er auch ein frommer und klardenkender Geist war, bezeugt das den Schluss des Buches bildende Bekenntniss. Möge das auch äusserlich gut ausgestattete Werk viele Leser finden. Möbius.

27. **Transactions of the obstetrical Society of London.** *Vol. XL. 1898.*[1])

I. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1) J. Phillips: *Placenta in einem Fall von Extrauterinschwangerschaft.* (p. 3.)

Eine Frau, die 4mal geboren hatte, erkrankte im Beginne der 5. Schwangerschaft mit Schmerzen und Blu-

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLXIII. p. 256.

tungen, die sich mehrfach wiederholten. Am Ende der Schwangerschaft traten zwar leichte Wehen, doch nicht die Geburt ein; 5 Monate später zwangen schlechtes Allgemeinbefinden und Fieber zu einem operativen Eingriff, und fand man bei der Laparotomie das ausgetragene Kind im extrauterinen Fruchtsacke hinter dem Uterus liegen, beide Tuben und Ligamente normal und kein Zeichen einer überstandenen Ruptur. Die Placenta lag im oberen Theile des Fruchtsackes und war ziemlich schwierig, doch ohne Blutung zu entfernen; ihre mütterliche Fläche war nicht gelappt. Die Frau genas.

2) Rumley Dawson: *Ruptur einer frühen Tubenschwangerschaft.* (p. 155.)

Die Ruptur ereignete sich bei einer 32jähr. Frau, die noch nicht geboren hatte und bei der die Schwangerschaft mit ziemlicher Sicherheit nicht länger als 15 Tage bestehen konnte; die Frau verblutete sich in wenigen Stunden. Es fand sich eine Ruptur am uterinen Ende der Tube; der Uterus selbst enthelt zahlreiche Fibromyome und eine dicke Decidua.

3) A. Doran: *Blutung aus der Tube ohne Nachweis einer ektopischen Schwangerschaft.* (p. 180.)

Eine 25jähr. Frau, die immer unregelmässig menstruirt war und einen Abort durchgemacht hatte, erkrankte 12 Wochen vor der Aufnahme mit heftigen Schmerzanfällen und Blutungen; eine Decidua ging nicht ab. Man fand im rechten Scheidengewölbe eine weiche Masse, doch keinerlei Zeichen einer bestehenden Schwangerschaft. Bei der Laparotomie erwies sich diese Masse als ein rothbraunes, solides Blutgerinnsel, das dem Rectum und der Flexur adhärent war und die rechten Adnexe umgab. Diese wurden zusammen mit dem Gerinnsel entfernt. Die linken Adnexe waren normal, auch fand sich weder eine Blutung in die Bauchhöhle, noch in das Parametrium. Bei sorgfältiger Untersuchung des dem Ostium abdominale der Tube anhängenden, $2^1/_2$ Zoll langen Gerinnsels sah man weder Zotten, noch Deciduazellen, die Tube war nicht erweitert, das Fimbrienende normal, ebenso die Schleimhaut und die Mesosalpinx; auch an dem Ovarium war nichts Abnormes. D. glaubt deshalb, dass es sich in diesem Falle um eine der seltenen Blutungen aus der Tube gehandelt habe, die nicht durch eine ektopische Schwangerschaft herbeigeführt werden.

4) A. Routh: *Tubenruptur.* (p. 220.)

Eine 29jähr. Frau, die 2mal normal geboren hatte, musste wegen Ruptur einer ektopischen Schwangerschaft der 4. bis 5. Woche im äussersten Collaps und mit kaum fühlbarem Puls unter den ungünstigsten äusseren Verhältnissen operirt werden. Die Ruptur sass in der linken Tube, und die Blutung stand nach deren Abtragung. Mikroskopisch liessen sich Chorionzotten nachweisen. Vor Schluss der Wunde wurde die Bauchhöhle mit abgekochtem Wasser gefüllt. Die Frau genas.

5) Cullingworth: *Frühe ektopische Schwangerschaft complicirt mit Uterusmyomen.* (p. 285.)

Die 33jähr. Frau hatte 1mal normal geboren. Der Uterus enthielt mehrere Myome und zeigte in der Gegend des rechten Horns eine grössere weiche Anschwellung, die sich wie eine Hämatosalpinx ausnahm. Im Douglas'schen Raume fand sich ein 2. festgewachsener Tumor von weicher Beschaffenheit, der sich ausschälen liess und als ein Fruchtsack mit einem Foetus als Inhalt erwies; ein Gewebestrang verband ihn mit der Anschwellung am rechten Uterushorn. Der Uterus wurde im Zusammenhange mit den Adnexen und dem Sacke abgetragen und der Stumpf intraperitonäal versorgt. Eine genauere Untersuchung ergab, dass beide Tuben am uterinen Ende normal, am Fimbrienende durch Adhäsion mit dem Ovarium verschlossen und dilatirt waren, die rechte mehr als die linke; an ihrem uterinen Theile fand sich eine runde, fluktuirende orangengrosse Anschwellung, die durch einen, 1 Zoll langen, für eine Sonde passirbaren Strang mit dem den Foetus enthaltenden Sacke communicirte. C. nimmt an, dass es sich um eine tubouterine Schwangerschaft handelte, bei der der Foetus in ein Divertikel der Tube ausgestossen wurde.

6) Butler-Smythe: *Incompleter Tubenabort.* (p. 298.)

Es handelte sich um eine geplatzte Tubenschwangerschaft und die Frau musste im äussersten Collaps und völlig pulslos operirt werden. Sie genas und B.-Sm. glaubt, dies hauptsächlich dem Umstande zu verdanken zu haben, dass er während der Operation wiederholte reichliche Kochsalzeinläufe anwendete und die Bauchhöhle vor Schluss der Wunde mit Wasser füllte.

7) Bland Sutton: *Tuboabdominale Schwangerschaft mit Extraktion eines lebenden Foetus.* (p. 308.)

Eine 24jähr. Frau, die 1mal geboren hatte, suchte Hülfe, weil die Schwangerschaft länger dauerte als normal und weil ihr die Bewegungen des Kindes auffallende Schmerzen bereiteten. Es liess sich feststellen, dass der Uterus leer war, und der Foetus musste demnach extrauterin liegen; eine gewölbte, weiche Masse im linken Hypochondrium, über der Venensausen zu hören war, wurde als Placenta angesprochen. Bei der Operation fand man das sich lebhaft bewegende Kind frei zwischen den Intestina liegen, es wurde lebend extrahirt, starb aber nach 2 Stunden. Das Omentum zeigte Verfärbung durch Meconium, das Kind hatte also nicht mehr in seinem Amnion gelegen, die Placenta lag dem linken Mesometrium auf, nahe dem Uterus und ihre Gefässe communicirten mit denen des grossen Netzes. Nach sorgfältiger Versorgung konnte sie ohne nennenswerthe Blutung entfernt werden. Die Frau genas.

8) Bland Sutton: *Ueber einige Fälle von Tubenschwangerschaft.* (p. 313.)

Die Arbeit schliesst sich in Form einer kritischen Besprechung an die Veröffentlichung von A. Doran (vgl. Nr. 3) an und S. kommt nach einer genauen Nachuntersuchung des Präparates im Gegensatze zu Doran zu der Ansicht, dass es sich in dem erwähnten Falle um einen vollkommenen Tubenabort gehandelt habe. Dabei geht S. genau auf die Einzelheiten ein, die bei ähnlichen Untersuchungen besonders berücksichtigt werden müssen.

9) H. R. Spencer: *Ovarialdermoid als Geburtshinderniss.* (p. 14.)

Die 20jähr. Frau hatte 1mal normal geboren und bemerkte bald nachher eine Geschwulst im Leibe, wurde wieder schwanger und 11 Monate nach dem 1. Kinde ohne Hülfe entbunden. Die jetzige Schwangerschaft war ausser hier und da auftretenden Schmerzen in der rechten Seite ohne Störung verlaufen. Bei beginnender Geburt fand sich aber das Becken durch einen cystischen Tumor vollkommen verlegt, dessen Reposition in Narkose nicht gelang. Deshalb wurde die Laparotomie vorgenommen, der Uterus vorgewälzt und der Tumor in gewöhnlicher Weise abgebunden. Da sich der Uterus durch die Bauchwunde nicht reponiren liess, wurden nur die Wundränder über ihm möglichst zusammengezogen, die Wunde durch Schwämme bedeckt, dann die Zange angelegt und ein lebendes Kind extrahirt. Nach Expression der Placenta wurde der Uterus reponirt und die Bauchwunde geschlossen. Mutter und Kind wurden gesund entlassen. Der Tumor war ein Dermoid des rechten Ovarium und maass $4^1/_2 : 4^1/_4 : 3$ Zoll.

10) H. R. Spencer: *Ovarialdermoid als Geburtshinderniss. Reposition. Ovariotomie 7 Monate später.* (p. 22.)

Bei einer 32jähr. Frau, die 2mal normal entbunden war und bei der nach der 1. Entbindung ein Tumor gefunden wurde, musste bei der 3. Entbindung nach vergeblichen Zangenversuchen in Narkose ein zweifaustgrosser Tumor aus dem Douglas'schen Raume herausgedrängt werden, was nicht ohne Schwierigkeit gelang.

Wegen Nabelschnurvorfall wurde alsdann die Zange angelegt und ein lebendes Kind extrahirt. 7 Monate später wurde das dem linken Ovarium angehörende, mit dem Rectum und der Beckenwand verwachsene Dermoid durch Laparotomie entfernt.

11) R. Boxall: *Eingekeiltes Dermoid. Sectio caesarea.* (p. 25.)

Bei einer 29jähr. Erstgebärenden des 8. Schwangerschaftmonates fand sich das Becken durch einen halbweichen Tumor so verlegt, dass nur 2 Finger zwischen Symphyse und Tumor eingeführt werden konnten. 2malige Repositionversuche waren erfolglos, und deshalb wurde die Sectio caesarea vorgenommen. Mutter und Kind wurden lebend entlassen, der Tumor war ein Dermoid des rechten Ovarium mit langem Stiele und ohne Verwachsungen.

12) A. W. Lea: *Ueber die Sagittalfontanelle.* (p. 263.)

Bei 500 Untersuchungen an Neugeborenen konnte L. 22mal eine wohl ausgebildete Sagittalfontanelle nachweisen (4.4%); von den sonst noch beschriebenen abnormen Fontanellen fand sich nur 1mal eine mediofrontale. Alle 22 Kinder hatten ein gut ausgebildetes membranöses Spatium, 17mal doppeltseitig und von rautenförmiger Gestalt, 5mal einseitig und in dreieckiger Form. 4mal reichte die Fontanelle bis zur Protuberantia parietalis heran. Diese abnormen Fontanellen pflegen im Allgemeinen in den ersten 3 Monaten zum Verschluss zu kommen, doch sah L. sie auch noch bei älteren Kindern, bis zum 8. Monate und noch länger erhalten. Das Vorhandensein einer Sagittalfontanelle ist nicht ohne geburtshülfliche Bedeutung, denn einmal kann sie durch Verwechselung mit der grossen Fontanelle zu Fehldiagnosen Veranlassung geben und dann das Vorhandensein von Frakturen u. s. w. vortäuschen. Nicht selten findet sich neben der Sagittalfontanelle auch eine mangelhafte Ossifikation der hinteren Seitenwandpartien; in den 22 Fällen fand sich dieses 6mal (27.2%). Die Sagittalfontanelle ist ohne Zusammenhang mit irgend einer constitutionellen Erkrankung von Mutter und Kind.

13) G. Roper: *Ueber einige schwierige Fälle von fronto-anteriorer Stellung des kindlichen Kopfes.* (p. 271.)

R. sucht auf Grund von 2 Beobachtungen nachzuweisen, dass die Schwierigkeit für die Entbindung in der genannten Stellung weniger in der Kopfstellung, als in der dorso-posterioren Rumpfstellung zu suchen sei; beide Beobachtungen betrafen dieselbe Frau bei ihrer 2. und 3. Entbindung.

Bei der 2. musste nach langen vergeblichen Zangenversuchen der in fronto-anteriorer Stellung befindliche Kopf perforirt werden, doch gelang die Extraktion mit dem Kephalotryptor nicht, und die Entbindung konnte nur durch Herunterholen eines Fusses und Wendung vollendet werden. Bei der 3. Entbindung waren bei gleicher Kopfstellung wiederum vergebliche Zangenversuche gemacht worden, weshalb alsbald auf einen Fuss gewendet und diesmal ein lebendes Kind entwickelt wurde.

Da in dem 1. Falle der perforirte Kopf ein Geburtshinderniss nicht bieten konnte, so kann dieses nur in den Schultern zu suchen sein. R. räth in allen Fällen von fronto-anteriorer Kopfstellung zwar einen vorsichtigen Zangenversuch zu machen, ihm aber sofort, wenn er nicht gelingt, die Wendung auf den Fuss anzuschliessen und dabei den Rumpf in die abdominoposteriore Stellung zu drehen.

14) Dakin: *Uterusruptur während normaler Entbindung.* (p. 29.)

Die Ruptur ereignete sich bei einer schlecht genährten 40jähr. Elftgebärenden mit normalem Becken und normalen, mit längeren Pausen abwechselnden Wehen; der Urin enthielt $^{1}/_{8}$ Eiweiss. Es wurde bei tiefem Kopfstande und erweitertem Muttermunde die Zange angelegt, ein todtes Kind entwickelt und, als die Placenta nach 20 Minuten nicht zu exprimiren war, die manuelle Entfernung vorgenommen. Dabei fand sich oberhalb des Muttermundes ein Riss in der rechten Uteruswand, durch den die Placenta zur Hälfte in die Bauchhöhle getreten war; sie wurde entfernt, ein schwerer Collaps trat ein, die Frau starb binnen 10 Minuten. Bei der *Sektion* fand sich der Riss reichend von dem Winkel zwischen Tubeninsertion und Lig. rotundum bis ungefähr zum inneren Muttermunde, in einer Ausdehnung von $4^{3}/_{4}$ Zoll. Im verdünnten unteren Segmente verlief er fast horizontal, wurde dann schräg und nahm im Bereiche des retrahirten oberen Segmentes eine vertikale Richtung an. Der Riss ging durch die Placentastelle, der Peritonäalüberzug zeigte Spuren einer früheren Peritonitis, das Gewebe an der Rissstelle erwies sich mikroskopisch als fettig infiltrirt und die Muskelfasern erschienen abnorm brüchig. Die Ursache des Risses muss wohl, abgesehen von dem schlechten Ernährungzustande der Frau, in diesen Veränderungen zu suchen sein, die selbst vielleicht die Folge der alten Peritonitis waren.

15) G. F. Blacker: *Akuter Decubitus nach einer Entbindung.* (p. 247.)

Bei einer 26jähr. Frau, die ausser einer verdächtigen Lungenspitzenaffektion ganz gesund war und keinerlei Zeichen einer Erkrankung des Nervensystems darbot, normal und leicht entbunden wurde und in der Nachgeburtperiode einen stärkeren Blutverlust hatte, trat bald nach der Entbindung ein auffallend schnell verlaufender und tief gehender Decubitus über dem Kreuzbeine ein, der zu seiner Ausheilung 2 Monate brauchte. Als einzige denkbare Entstehungursache ist der mässige Druck anzusehen, den der mit der Entbindung betraute Student zur Linderung des Wehenschmerzes mit seinem Knie gegen das Kreuzbein ausübte. Der Druck war während 1 Stunde und mässig ausgeübt worden, auch hatten bei der leichten Entbindung die Beckennerven keinen nennenswerthen Druck erlitten, eben so wenig fand sich eine septische Infektion.

16) J. Walters und A. R. Walters: *Eine Puerperalseptikämie geheilt durch Antistreptokokkenserum.* (p. 277.)

Eine Mehrgebärende erkrankte nach ungenügender Ausräumung eines frühen Abortes, wobei die Curette nicht alles entfernt hatte und noch nachträglich Reste des macerirten Foetus abgingen, an ausgesprochener Sepsis. Es wurden am 8. und 9. Tage nach der Ausräumung je 10 ccm Antistreptokokkenserum in die Bauchdecken injicirt, der Puls fiel nach der 1. Injektion von 120 auf 80, die Temperatur von 39.5° auf 36.7°. Nach der 2. Injektion trat eine mehrere Tage dauernde Schwäche und Depression ein, auch fand sich vorübergehend im Urin Eiweiss. Die Kr. genas.

II. Missbildungen.

1) J. Phillips: *Monstrosität in Folge von amniotischen Bändern.* (p. 130.)

Eine junge Erstgebärende hatte im 4. Schwangerschaftmonate gesehen, wie ein Kind von einem Omnibus über den Kopf gefahren wurde. Die Entbindung verlief

normal, es war reichlich Fruchtwasser vorhanden, das Kind schrie laut und starb nach 1 Stunde. Die Eihäute hingen in Form eines Sackes direkt mit dem Stirnbeine des Foetus zusammen und unter diesem fehlte die Entwickelung des knöchernen Schädels; es bestand eine Meningo- und Encephalocele. Die Arbeit beschreibt auf Grund von guten Zeichnungen die Missbildung ausführlich.

III. Gynäkologie.

1) W. Heape: *Menstruation und Ovulation beim Affen und beim Weibe.* (p. 161.)

Die Arbeit ist eine Fortsetzung der in den Transactions 1894 veröffentlichten Untersuchungen über die Menstruation bei Lemnopithecus entellus (Jahrbb. CCLXIII. p. 210). H. machte diesmal seine Untersuchungen an einer anderen Affenart, Macacus rhesus. Die histologischen Befunde sind bei beiden Arten die gleichen, und es genügt deshalb auf die erwähnte Arbeit zu verweisen. Zum Vergleiche der beim Affen erhobenen Befunde mit denen beim Menschen standen 2 Untersuchungen menschlicher Uteri menstruirender Frauen zur Verfügung und H. giebt eine ausführliche Beschreibung der histologischen Befunde. Was die Beziehungen der Menstruation zur Ovulation betrifft, so fand er, dass bei Frauen und Affen Menstruation und Ovulation nicht nothwendig zusammenfallen, dass erstere auch ohne die letztere stattfindet und dass beim Weibe Ovulation auch ohne Menstruation statthaben kann. Den Schluss der lesenswerthen Arbeit, wegen deren Einzelheiten auf das Original verwiesen werden muss, bilden Bemerkungen und persönliche Ansichten H.'s über den Ursprung von Menstruation und Ovulation.

2) A. W. Addinsell: *Ueber Mittelschmerz.* (p. 137.)

Dieser, an Stärke verschiedene, an die Eierstockgegend gebundene und mit auffallender Regelmässigkeit 14 Tage nach der Periode auftretende Schmerz ist nach Ansicht A.'s häufiger als im Allgemeinen angenommen wird. Er giebt auf Grund von 4 Fällen aus der eigenen Praxis und anderer aus der Literatur eine genaue Schilderung des klinischen Bildes, für dessen Entstehung verschiedene Theorien aufgestellt wurden, die er erwähnt. Er selbst glaubt, dass der Mittelschmerz, bei dem fast in allen Fällen ein klarer, wässriger Ausfluss besteht, fast stets die Folge einer meist auch nachgewiesenen Tubenaffektion, Hydrosalpinx ist. Er entsteht dadurch, dass die Tube anstrebt, durch Contraktionen ihren pathologischen Inhalt zu entleeren, besonders bei Individuen, bei denen die physiologisch wiederkehrende Congestion im Becken mit auffallender Häufigkeit eintritt. In 13 zum Schlusse der Arbeit zusammengestellten Fällen fanden sich 10mal durch mehr oder weniger deutliche Schwellung charakterisirte Tubenerkrankungen, in 6 von ihnen Ausfluss und in 2 durch die Operation nachgewiesener Hydrosalpinx. Der Vortrag gab zu einer angeregten Diskussion Veranlassung, in der die meisten Redner sich dahin aussprachen, dass es zwar nicht unmöglich, sicherlich aber äusserst selten ist, dass der Inhalt einer ausgedehnten Tube nach dem Uterus entleert werde.

3) J. Phillips: *Fibromyom der Vagina.* (p. 130.)

Der Tumor bestand bei einer 49jähr. Frau schon mehrere Jahre und reichte von der inneren Urethralmündung bis unter den Beckenrand; der Uterus war retroponirt und elevirt. Die Hauptklagen bestanden in Blasenbeschwerden. Der Tumor liess sich leicht enucleiren, war $10^1/_2$ Unzen schwer und maass 6:4 Zoll; er war ein Fibromyom mit ausgesprochen fibrösem Bau.

4) H. R. Spencer: *3 Fälle von congenitalem Tumor am innern Muttermund als Ursache von Hydrometra bei Neugeborenen.* (p. 332.)

Bei etwa 100 Untersuchungen an Uteri Neugeborener fand Sp. 3mal einen kleinen Schleimhauttumor in der Höhe des inneren Muttermundes, der zu einer Schleimretention und Vergrösserung des Uterus selbst geführt hatte. Er ging aus von der vorderen Columna des Arbor vitae und war bis erbsengross. 2mal waren die Trägerinnen Zwillingskinder, der andere Zwilling hatte männliches Geschlecht, und in einem Falle bestand zugleich eine Missbildung der Tube. In einem Falle hatte der retinirte Schleimhautpfropf die Grösse des vorderen Kleinfingergliedes, so dass der Uterus einen ungefähren entero-posterioren Durchmesser von 10 mm erreichte.

5) W. J. Gow: *Cystisches intraligamentöses Myom und doppelter Uterus.* (p. 134.)

Das Myom fand sich bei einer 32jähr. Frau, war durch ältere und frische Blutungen zum Theil erweicht und sass im rechten Ligament. Daneben fand sich ein doppelter Uterus mit grösserer rechter Hälfte; beide Hälften communicirten in der Höhe des inneren Muttermundes.

6) H. R. Spencer: *2 Uterusfibrome, operativ entfernt bei Frauen unter 25 Jahren.* (p. 228.)

Die eine Kr., deren Tumor 4 Pfund $9^3/_4$ Unzen wog, war 23, die andere mit einem Tumor von $16^1/_4$ Unzen Gewicht (mit Uterus) war 24 Jahre alt. Der erste wurde durch Amputation mit extraperitonäaler Stielversorgung, der zweite durch vaginale Totalexstirpation entfernt. Sp. beschreibt unter Zusammenstellung von 40 Fällen von Fibromyomen bei Frauen unter 25 Jahren seine beiden Beobachtungen ausführlich und betont die verhältnissmässig grosse Seltenheit solcher Fälle.

7) Dysart Mc Caw: *Cystisches Uterusfibrom als Schwangerschaftscomplikation.* (p. 256.)

Bei einer 34jähr. Erstgeschwängerten des 5. Monates, die früher keine auffallenden Blutungen gehabt hatte, jetzt über heftige Schmerzen im Leibe klagte, fand sich eine ausgesprochene Tympanie und ein bis zum Rippenbogen reichender, gegen den schwangeren Uterus frei beweglicher Tumor; der Darm lag vor der Geschwulst und Vf. dachte an eine retroperitonäale Entwickelung eines Tumor, doch erwies er sich bei der Operation als ein cystisches Myom, das bei günstiger Stielbildung leicht zu entfernen war. Die Schwangerschaft blieb ungestört und die Frau wurde am Ende der Schwangerschaft mit der Zange von einem lebenden Kinde entbunden.

8) W. Tate: *Degenerirtes Fibromyom u. s. w.* (p. 303.)

Das Interessante an dem Falle ist, dass die Trägerin des Myoms früher an profusen Blutungen litt, dass diese

im 47. Jahre aufhörten, und nach 20jähriger Pause im 67. Jahre wieder begannen. Das Myom nahm die vordere Uteruswand vom Fundus bis zum inneren Muttermund ein.

9) H. Targett: *Ein Fall von Deciduoma malignum.* (p. 113.)

Eine 39jähr. Siebentgebärende war bis zu ihrer letzten Entbindung im Januar 1897 gesund gewesen, auch war diese bis auf eine stärkere Nachgeburtblutung normal verlaufen. Bald danach stellte sich mehr oder minder starker blutiger Ausfluss ein, zu dem sich später Husten mit bräunlichem, manchmal blutigem Auswurf gesellte. $^1/_2$ Jahr später war der Uterus vergrössert, die Cervix offen; es wurden einige dunkelrothe, weiche, granulöse, Placenta-ähnliche Massen entfernt; über der Lunge fand sich crepitirendes Rasseln. 4 Tage darauf starb die sehr elende Frau, 20 Wochen nach der Entbindung. Bei der *Sektion* fand sich eine Pleuropneumonie mit Metastasen in den Lungen, der Pleura, den Bronchialdrüsen und dem Perikardium. Der Uterus war $4^1/_2$ Zoll lang und enthielt eine zum Theil in die Muskulatur hineingewachsene Neubildung; diese nahm die hintere Wand ein, durchdrang sie zum Theil und hatte am Fundus durch Durchwucherung einen nach aussen prominenten, mit dem Rectum verwachsenen Tumor gebildet. Auch das rechte Ovarium war von der Neubildung eingenommen; die Därme und das Netz waren mehrfach verwachsen. Mikroskopisch erwiesen sich die Neubildung, ebenso wie die sekundären Knoten als malignes Deciduom.

10) A. H. N. Lewers: *Primäres Corpuscarcinom.* (p. 225.)

Kurzes Referat über eine Kr., die L. 1897 (vgl. Transactions 1897) operirt hatte. Mai 1898 (die Operation fand Februar 1897 statt) war die Kr. noch völlig gesund.

11) Macnaughton Jones: *Völlige Incontinentia urinae geheilt durch Ventrofixation.* (p. 226.)

Als Ursache der völligen, das Tragen eines Urinals erfordernden Incontinenz fand sich eine starke Anteflexion des hypertrophischen Uterus bei einer 48jähr. Frau, bei der der Fundus dem Blasenhals direkt auflag. Nach Ventrofixation verschwanden die Beschwerden vollkommen.

12) J. H. Targett: *Doppelter intestinaler Verschluss nach Ovariotomie.* (p. 175.)

Es waren doppelseitig Ovarialtumoren von ziemlich gleicher Grösse und multiloculärem Bau entfernt worden, wobei man rechts auf der Kystomwand, ebenso wie auf dem Netz und Mesenterium kleine weiche, gelatinöse Knoten constatirte. 6 Monate später Ileus. Es fand sich hinter dem Uterus eine das Rectum verlegende harte Geschwulstmasse, eine Colotomie brachte keine Besserung und die Kr. starb 3 Wochen später. Bei der *Sektion* fand sich ausser allgemeinen Metastasen im Peritonaeum ein Verschluss durch Verwachsung einer Ileumschlinge im Douglas'schen Raume mit spitzwinkliger Abknickung, und ein zweiter Verschluss am Rectum, in der Höhe des inneren Muttermundes durch Umwachsung des Darms durch die Neubildung. Mikroskopisch erwies sich diese als ein colloid entartetes Cylinderzellencarcinom.

13) A. Routh: *Eingeklemmtes, während der Schwangerschaft entferntes Dermoid.* (p. 217.)

Bei der Erstgeschwängerten wurde im 4. Monate das hintere Scheidengewölbe durch einen Kreuzschnitt eröffnet, der Tumor nach Lösung von Adhäsionen punktirt und der kurze Stiel abgebunden; dabei musste der Uterus stark angezogen werden. Am 22. Tage trat unter Fiebersteigerungen der Abort ein. Die Frau genas.

14) H. R. Spencer: *Eingeklemmtes Dermoid in der Mitte der Schwangerschaft. Reposition. Entfernung 15 Tage nach der Entbindung.* (p. 259.)

Das Dermoid sass im linken Ovarium und maass $4^3/_4 : 3^1/_4 : 2^1/_2$ Zoll und musste bei einer Frau, die 9mal normal geboren hatte, im 5. Monate der 10. Schwangerschaft wegen Schmerzen und Obstipation in Narkose reponirt werden. Die Schwangerschaft und Entbindung verlief normal, 15 Tage nach der letzteren wurde der Tumor mit gutem Erfolge exstirpirt.

15) H. R. Spencer: *Eingeklemmtes Dermoid im 4. Schwangerschaftsmonat.* (p. 329.)

Die 22jähr. Frau war zum 3. Male schwanger und der $3^1/_2 : 3 : 2$ Zoll messende Tumor wurde im 4. Monate wegen Einklemmungerscheinungen durch leichte Ovariotomie entfernt. Das Kind wurde am normalen Schwangerschaftende leicht geboren. Sp. betont, dass auch derartige kleine Tumoren heftige Incarcerationerscheinungen machen können und räth zu früher Operation. Zwar gelingt es auch manchmal während der Geburt durch Zange oder Wendung das Kind an einem derartigen Tumor vorbei zu entwickeln, doch ist die Gefahr, dass der Tumor dabei platzt, nicht gering. Als Beweis dafür erwähnt er p. 331 einen Fall, in dem bei einer Zweitgebärenden die Wendung das Dermoid zum Platzen brachte und die Frau am 3. Tage an Peritonitis starb.

16) H. Roberts: *Doppelseitige Pyosalpinx von enormer Grösse.* (p. 121.)

Bei einer an mehrfachen Unterleibsentzündungen erkrankten Frau zwangen schnell wachsende Tubensäcke wegen Fieber und Verschlechterung des Allgemeinbefindens zur Operation. Die Kr. genas. Die rechte Tube war $6^1/_2$ Zoll lang, $3^1/_4$ breit und maass im grössten Umfang $10^3/_4$ Zoll, bei 28 Unzen Gewicht. Die linke war 5 Zoll lang, 3 breit, $9^1/_2$ im Umfang und wog $13^1/_2$ Unzen. Beide enthielten Eiter, in dem sich weder Tuberkelbacillen, noch Gonokokken nachweisen liessen, wohl aber Kokken, die sich nach Gram gut färbten. Culturversuche waren ohne Erfolg.

17) H. Roberts: *Primäres Tubencarcinom.* (p. 189.)

Bei einer 43jähr. Frau, die nicht geboren hatte und an heftigen Schmerzanfällen und mässigem, zuweilen blutiggefärbtem Ausfluss litt, fand sich eine hühnereigrosse, nicht verwachsene Geschwulst der rechten Adnexe. Sie erwies sich bei der Operation als eine wurstförmige, vergrösserte Tube, angefüllt mit papillomatösen Massen, die das Lumen bis auf einen 1 Zoll langen Theil des uterinen Endes ausfüllten. Das Fimbrienende war verschlossen, das uterine offen. Mikroskopisch erwies sich die Neubildung als Carcinom. Das Ovarium und das Peritonaeum waren gesund.

18) A. Doran: *Tafel über die bis April 1898 veröffentlichten Fälle von primärem Tubencarcinom.* (p. 197.)

D. stellt im Ganzen 23 Fälle mit entsprechenden kurzen Angaben aus der Literatur zusammen.

Münchmeyer (Dresden).

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 264. **1899.** **№ 2.**

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

220. **An account of some experiments upon the toxicity of normal urine**; by W. P. Herringham. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 158. 1899.)

Die Giftigkeit des Harns hängt im Allgemeinen direkt von seinem Gehalte an Kalisalzen ab. H. stellte Versuche an Kaninchen an, injicirte den Harn in die Ohrvene und bestimmte die tödtliche Menge an Kalisalzen pro Kilogramm Kaninchen als zwischen 0.14 und 0.21 g. Die blosse Flüssigkeitinjektion wirkt erst in Mengen tödtlich, die die der injicirten Harnportionen um ein Mehrfaches übertreffen. W. Straub (Leipzig).

221. **Ueber das Schicksal des o-Oxychinolins und über die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren im Harn des Hundes, nebst einem Anhang über die Zusammensetzung des Chinosols**; von E. Rost. (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte XV. 2. p. 288. 1899.)

Chinosol ist ein Präparat, das in wässeriger Lösung in Oxychinolinsulphat und Kaliumsulphat zerfällt. Die Versuche R.'s sind an Hunden mit täglich gleicher Eiweisszufuhr angestellt, so dass die Grösse der Darmfäulniss an den einzelnen Tagen als constant gelten darf. An drei Versuchstagen mit je 1.0 Oxychinolinsulphat ist deutliches Ansteigen der beiden Schwefelsäuren zu bemerken, dabei sinkt der Werth des Quotienten (freie Schwefelsäure zur gepaarten) um ein Beträchtliches. Die Wiederholung des Versuches mit o-Oxychinolin ergab Vermehrung der gepaarten Schwefelsäuren unter Verminderung der freien Schwefelsäuren. o-Oxychinolin wie sein Sulphat werden also als gepaarte Schwefelsäuren ausgeschieden. Die Anlagerung der Schwefelsäure erfolgt am Benzolring der beiden Verbindungen, da der Pyridinring der Synthese nicht unterliegt.

Eine andere physiologische Paarung des Oxychinolins scheint die mit Carbonsäure zu sein, da die Oxychinolincarbonsäure (Kynurensäure) ein normaler Bestandtheil des Hundeharns ist.

Die durch Kalkgaben (Kreide) erzielte Neutralisation der Magensalzsäure beim Hunde hat deutliches Ansteigen der Aetherschwefelsäuren des Harns zur Folge, es sind also die Fäulnissvorgänge unter diesen Umständen erhöht oder mit anderen Worten die Magensalzsäure hat eine Desinfektionwirkung gegenüber dem Speisebrei.

12tägiger Hunger lässt zwar die Menge der 24stünd. gepaarten Schwefelsäuren auf einen minimalen Werth sinken, doch verschwinden sie nicht ganz. Der geringe Rest scheint von der Fäulniss von Verdauungsekreten, Epithelien u. s. w. herzuführen. W. Straub (Leipzig).

222. **Ueber die Aehnlichkeit der Flüssigkeitsresorption in Muskeln und in Seifen**; von Jacques Loeb. (Arch. f. Physiol. LXXV. 6 u. 7. p. 303. 1899.)

In einer 0.7proc. NaCl-Lösung nimmt ein Muskel in 18 Stunden nur wenig Wasser auf. In einer isotonischen KCl-Lösung dagegen nimmt der Muskel um ca. 40% seines Gewichtes zu, in einer isotonischen $CaCl_2$-Lösung um 20% seines Gewichtes ab. Wie Ca verhalten sich Sr, Ba, Co und Mn.

Dieses Verhalten der Flüssigkeitresorption in Muskeln zeigt eine vollständige Analogie mit der Flüssigkeitresorption in Na-, K- und Ca-Seifen.

Diese Analogie spricht dafür, dass es sich um feste Lösungen des Wassers im Muskel handelt und dass die bei dem Flüssigkeitaustausche in Betracht kommenden Kräfte osmotische Drucke und nicht capilläre Kräfte sind.

V. Lehmann (Berlin).

223. **Ueber Darstellung von Lecithin und anderen Myelinsubstanzen aus Gehirn und Eigelbextrakten**; von Dr. G. Zülzer. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 255. 1899.)

Die Abscheidung des Cholesterins aus dem Aetherextrakte des Gehirns war bisher umständlich und schwierig. Z. hat nun gefunden, dass man durch Behandeln mit Aceton das Aetherextrakt in zwei Gruppen zerlegen kann: die cholesterinhaltige Aetheracetonlösung und den cholesterinfreien Niederschlag. Aus dem Acetonniederschlage konnte durch weitere Behandlung ein neuer myelinartiger Körper, der N und P enthält, isolirt werden. Auch konnte Z. zeigen, dass Lecithin *als solches* im Gehirn vorkommt. Es konnte nach seiner Methode auch leicht aus Eigelb dargestellt werden.

V. Lehmann (Berlin).

224. **Ueber das Verhalten des salzsauren Glykosamins im Thierkörper**; von Dr. Edmund Fabian (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 167. 1899.)

Die Fähigkeit, Glykogen zu bilden, kommt nur wenigen Zuckerarten zu, unzweifelhaft nur dem Traubenzucker, Fruchtzucker, Rohrzucker und der Maltose. Die echten Glykogenbildner gehen mit Hefe alkoholische Gährung ein und gehen nur schwer in den Harn über.

Dementsprechend zeigte sich, dass das salzsaure Glykosamin kein Glykogen bildete, nach Gaben von 15—20 g theilweise in den Harn überging, bei subcutaner Einführung auch schon nach 2—3 g. Es lässt sich noch 12 Stunden nach seiner Verfütterung im Darmkanale nachweisen.

V. Lehmann (Berlin).

225. **Chemische Untersuchung des Inhaltes einer Pankreascyste**; von Emil Zdarek. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 29. 1899.)

Der durch einen Trokar entleerte Inhalt der von Dr. Keitler beschriebenen Cyste war farb- und geruchlos, schwach opalisirend, enthielt feinste Schleimflöckchen, war dünnflüssig, neutral, von schwach salzigem Geschmack, spec. Gewicht 1007. Die Menge der Eiweisskörper betrug nicht einmal 1⁰/₀₀, Fettsäuren, Fette, Harnstoff waren in geringer Menge vorhanden. Leucin konnte nicht nachgewiesen werden, dagegen eine Spur Cholestearin, vor Allem aber war Oxalsäure in grösserer Menge vorhanden. Der Inhalt der Cyste wich also hinsichtlich seines Aussehens und seiner Zusammensetzung sehr wesentlich von anderen analysirten Pankreascysten ab. H. Beschorner (Dresden).

II. Anatomie und Physiologie.

226. **Physiologische Charakteristik der Zelle**; von Fr. Schenck. (Würzburg 1899. A. Stuber. Gr. 8. VIII u. 123 S. 3 Mk.)

Gegenüber der Forderung einiger jüngerer Autoren, die physiologische Forschung solle den Aufbau des Organismus aus Zellen mehr berücksichtigen und die Leistungen der Organe auf die allgemein physiologischen Eigenschaften der Zelle zurückführen, weist Sch. nach, dass eine derartige Betrachtungsweise der allgemein physiologischen Forschung nur hinderlich sein könnte. Die Ergebnisse seiner Auseinandersetzungen lassen sich in folgenden Thesen zusammenfassen: Nicht jede Zelle ist ein physiologisches Individuum, weil es Zellen giebt, die nur Theile eines physiologischen Individuum sind. Die physiologische Verbrennung und die darauf beruhenden Lebensäusserungen sind nicht an ein Zusammenwirken der charakteristischen Zellenbestandtheile (Kern und Protoplasma) gebunden; für sie ist also der Aufbau des Organismus aus Zellen bedeutungslos. Auch die Assimilation ist in gewissem Grade noch unabhängig vom Bestande der ganzen Zelle, aber die auf Assimilation beruhenden Erscheinungen des Wachsthums, der Regeneration, der Formbildung kommen nur durch Zusammenwirken der charakteristischen Zellenbestandtheile zu Stande. Die Zelle, d. h. der Kern mit seiner Wirkungsphäre im Protoplasma, wird daher von Sch. als „Organisationeinheit“ bezeichnet.

Das Organisationvermögen der Organisationeinheiten ist nicht in allen Fällen unbeschränkt, denn bei manchen Zellen der vielzelligen Organismen hängt es ab von dem Zusammenhange der Organisationeinheit mit dem Gesammtorganismus, d. h. vom Verbleiben der Zelle im Zellenverbande. Bei der Organisation scheint dem Kerne die den Organisationvorgang bestimmende Rolle zuzufallen, ohne dass indessen das Protoplasma dabei ganz passiv bleiben dürfte. Der Aufbau der Organismen aus Zellen ist der morphologische Ausdruck einer physiologischen Arbeittheilung zwischen dem vorwiegend mit dem Organisationvermögen ausgestatteten Kerne und dem der Reaktion auf äussere Einwirkungen dienenden Protoplasma. Die Kern- und Zellentheilung, die durch ein drittes für die werdende Zelle charakteristisches Gebilde, die Centralkörper, vermittelt wird, hat den Zweck, bei der Neubildung und dem Wachsthume der Organismen die Kern- und Protoplasmamasse so zu vertheilen, wie es für die Ausübung der Zellenfunktionen erforderlich ist.

Teichmann (Berlin).

227. **On the structure of cell protoplasm**; by W. B. Hardy. (Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. 158. 1899.)

In dem ersten hier vorliegenden Theile seiner Arbeit beschäftigt sich H. mit den Strukturveränderungen, die in der Zelle durch Fixirungsmittel

und postmortale Vorgänge herbeigeführt werden. Zum Vergleiche zieht er colloide Massen (Eiweiss, Gelatine) heran und kommt zu den gleichen Resultaten wie Berthold, F. Schwarz, Fischer (und Ref.), dass in solchen Massen unter Einwirkung der gebräuchlichen Fixirungsmittel Strukturen ganz ähnlich gewissen Zellenstrukturen entstehen können. Teichmann (Berlin).

228. **Ueber die sogenannten Sternzellen der Säugethierleber**; von C. v. Kupffer. (Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 254. 1899.)

v. K. ist nach neueren Untersuchungen über die von ihm zuerst an Goldchlorid-Präparaten der frischen Leber vor 23 Jahren beschriebenen „Sternzellen“ zu einer anderen Auffassung von diesen Bildungen gelangt. Es sind nicht perivaskuläre Zellen, sondern sie gehören dem Endothel der Pfortadercapillaren an. Die Sternform ist durch die Anordnung des Protoplasma um die Endothelkerne herum erzeugt. Das Endothel dieser Capillaren stellt wahrscheinlich ein Syncytium dar; es besitzt in hohem Grade die Funktion der Phagocytose und nimmt fein vertheilte Fremdkörper aus dem Blute energischer auf, als es in anderen Organen der Fall ist. Ob und in welchem Umfange Leukocyten des Blutes bei dieser Phagocytose eine vermittelnde Rolle spielen, bleibt noch festzustellen. Wie Fremdkörper werden auch Erythrocyten aus dem strömenden Blute vom Endothel der Pfortadercapillaren aufgenommen und in kleinere Partikel zerlegt. Teichmann (Berlin).

229. **Die Degeneration der markhaltigen Nervenfasern der Wirbelthiere unter hauptsächlicher Berücksichtigung des Verhaltens der Primitivfibrillen** *(zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der normalen Nervenfasern)*; von Georg Mönckeberg und Albrecht Bethe. (Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 135. 1899.)

Abgesehen von werthvollen technischen Mittheilungen zur Conservirung und Färbung der Nervenfasern liefern M. u. B. in ihrer beachtenswerthen Arbeit folgende wichtige Ergebnisse: Der Achsencylinder der markhaltigen Nervenfasern besteht aus scharf abgesetzten individuellen Primitivfibrillen und einer homogenen Perifibrillärsubstanz, die die Fibrillen umhüllt und von einander trennt. Jede Primitivfibrille hat überall in der Nervenfaser ein gleiches Caliber, auch an den Ranvier'schen Einschnürungen zeigt sie keine Veränderung, sondern zieht als *einziger* Bestandtheil des Achsencylinders glatt hindurch. Die Perifibrillärsubstanz dagegen erfährt an den Ranvier'schen Einschnürungen eine völlige Unterbrechung, so dass ihre Theilnahme an der Reizleitung geleugnet und diese *allein* den Primitivfibrillen zugeschrieben werden muss. Die Schwann'sche Scheide schlägt sich an den Ranvier'schen Einschnürungen nach innen um und setzt sich auf der Innenseite der Markscheide in eine den Achsencylinder umhüllende Membran fort (Innenscheide). Die Schwann'sche Scheide ist also, wie die Markscheide und die Perifibrillärsubstanz, segmentirt. An den Ranvier'schen Einschnürungen besteht eine Einrichtung, die die Isolation der Primitivfibrillen sichert.

Die erste Degenerationerscheinung am Nerven nach Continuitättrennung ist das Verschwinden der primär färbbaren Substanz der Primitivfibrillen, darauf folgt die Degeneration der Primitivfibrillen selbst, an die sich erst die Veränderungen der Markscheide anschliessen. Bei der Degeneration zerfallen die Primitivfibrillen in grosse Körner, die sich später in feinere Körner auflösen, die dann der Resorption verfallen. Auch die sonst homogene perifibrilläre Substanz zeigt eine körnige Veränderung. Der Ellipsoidbildung der Markscheiden geht eine Abkapselung von Seiten der Innenscheide voraus. Die Innenscheide bleibt bis zum Ende der Degeneration erhalten. Die Degeneration tritt nicht auf der ganzen Linie gleichzeitig ein, sondern schreitet im peripherischen wie im centralen Stumpfe von der Stelle der Continuitättrennung (nach der Peripherie und dem Centrum) fort, bei einem isolirten Stücke von beiden Enden nach der Mitte zu. Die Degeneration im peripherischen Stumpfe ist total, im centralen partiell, ergreift hier aber immer mehr als nur das verletzte Segment. Einzelne Fasern degeneriren auch im centralen Stumpfe weit hinauf. Die sensiblen Fasern degeneriren schneller als die motorischen. Ausserdem besteht ein Unterschied in der Schnelligkeit der Degeneration zwischen dicken und dünnen Fasern, indem die letzteren dem destruktiven Processe grösseren Widerstand entgegensetzen. Dagegen halten M. u. B. für eine gegensätzliche Unterscheidung zwischen traumatischer und sekundärer (paralytischer) Degeneration Beweise nicht für erbracht. Teichmann (Berlin).

230. **Die Durchschneidung des Nervus mandibularis.** *Ein Beitrag zum Capitel über trophische Nervenfasern*; von Dr. Otto Abraham. (Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 224. 1899.)

Durchschneidungversuche am N. mandibularis des Kaninchens ergaben, dass das Wachsthum der Zähne vom nervösen Einflusse völlig unabhängig ist, und dass der N. mandibularis Nervenfasern, die die Ernährung beeinflussen, nicht führt. Diejenige Erscheinung, die zu Gunsten der Annahme einer Trophoneurose angeführt wird, die Geschwürbildung an der Unterlippe nach Durchschneidung des N. mandibularis, ist lediglich auf eine Verletzung beim Kauakte zurückzuführen.

Teichmann (Berlin).

231. **Notes sur la salive parotidienne de l'homme**; par Georges Küss. (Journ. de l'Anat. XXXV. 2. p. 246. 1899.)

K. war in der Lage, bei einem jungen Manne mit traumatischer Parotisfistel grosse Mengen des

Parotisspeichels zu sammeln und eingehender physiologischer Untersuchung zu unterwerfen. Die interessanten Resultate müssen im Originale nachgelesen werden. Teichmann (Berlin).

232. **Ueber die Einwirkung verschiedener chemischer Stoffe auf die Thätigkeit des Mundspeichels**; von Cand. med. F. Kübel. (Arch. d. ges. Physiol. LXXVI. 5 u. 6. p. 276. 1899.)

K. benutzt zur Erlangung vergleichbarer Werthe der durch das diastatische Ferment des Speichels unter verschiedenen Versuchsbedingungen jeweils entstandenen Zuckermengen die colorimetrische Bestimmung, beruhend auf der Braunfärbung von Zuckerlösung durch Kochen mit Kalilauge (Moore-Heller'sche Kaliprobe). Es wurden immer gleiche Flüssigkeitmengen mit wechselnder Concentration verwendet.

Resultate: Kochsalz befördert in 3proc. Stärkelösung im umgekehrten Verhältnisse zur Concentration die Stärkespaltung (Optimum $^1/_8$ Normallösung). Für das wechselseitige Verhältniss zwischen Kochsalz- und Stärkelösungconcentration erweist sich der Satz als gültig: je concentrirter die Stärkelösung ist, um so concentrirter kann auch die Salzlösung sein, ehe sie hemmend wirkt. Von den Natronsalzen der Halogenwasserstoffsäuren befördert unter gleichen Bedingungen die diastatische Spaltung das Fluornatrium, dann folgen der Reihe nach Chlor-, Brom- und Jodnatrium. Die Spaltunghemmung zeigt in schwächster Concentration das Jodnatrium, dann folgen Brom- und Chlornatrium. Von Fluornatrium kann keine Concentration dargestellt werden, die hemmend wirkt, da es sich blos bis zu $4^0/_0$ löst. Kalisalze verhalten sich gleich den Natronsalzen.

Basen hemmen die Verzuckerung unter allen Umständen, am stärksten Kalilauge, dann folgt Natronlauge, dann Ammoniak. Schwache Säuren (Salzsäure in 0.0018—0.009$^0/_0$ bei 2proc. Stärke) befördern die Spaltung, stärkere Concentrationen hemmen sie. Auch für die Säure gilt der Satz, dass zur Erzielung einer Spaltunghemmung für die concentrirtere Stärkelösung auch eine concentrirtere Säurelösung nöthig ist. Bei 8proc. Stärkelösung wurde die Verzuckerung erst gehemmt bei Zusatz von 0.018—0.036proc. Salzsäure. Andere Säuren verhalten sich der Salzsäure ganz ähnlich.

Nach K. wird die Speichelwirkung in saurem Magensaft nicht nur nicht gehemmt, sondern sogar noch unterstützt. Säure von der Concentration der Magensalzsäure, würde zwar in vitro die Diastasewirkung vernichten, doch glaubt K., dass die Magensalzsäure durch die gleichzeitig eingeführten Flüssigkeiten auf eine günstige Concentration verdünnt wird.

Die von K. studirten Verhältnisse der Stärkeverzuckerung bieten viele Analogien zu der katalytischen Inversion des Rohrzuckers durch Säuren.
W. Straub (Leipzig).

233. **Untersuchung über diastatisches Enzym in den Stühlen von Säuglingen und in der Muttermilch**; von Ernst Moro. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVII. 4. p. 342. 1898.)

Die in der Escherich'schen Klinik ausgeführten Untersuchungen M.'s ergaben, dass Darminhalt und Koth des Säuglings in der Regel schon von der Geburt an ein diastatisches Enzym enthalten, das in den ersten Lebenswochen rasch an Menge zunimmt. Es stammt aus den Darmdrüsen. Spuren lassen sich bereits im Pankreasextrakte des Neugeborenen nachweisen. Die Bakterien sind an der Bildung des Enzyms *nicht* betheiligt. Auch die Frauenmilch enthält ein stark verzuckerndes Enzym, die Kuhmilch hingegen nicht. Dieses Enzym ist auch in den Stühlen von Brustkindern vorhanden und bedingt deren sehr erheblich stärker verzuckernde Wirkung. Brückner (Dresden).

234. **The movements and innervation of the small intestine**; by W. M. Bayliss and E. H. Starling. (Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. 99. 1899.)

B. und St. unterscheiden 2 Arten von Bewegungen am Dünndarme, rhythmische „Pendelbewegungen“ und wahre peristaltische Contraktionen. Die Pendelbewegungenen tstehen durch rhythmische Contraktionen der Längs- und Ringmuskelschicht, wiederholen sich etwa 10—12mal in der Minute und pflanzen sich den Darm entlang mit einer Geschwindigkeit von 2—5 cm in der Sekunde fort. Sie sind muskulären Ursprunges und werden wahrscheinlich durch die Muskelfasern auch fortgeleitet. Die peristaltischen Contraktionen sind wahre coordinirte Reflexbewegungen, ausgelöst durch mechanische Reizung des Darmes und vollführt mittels des örtlichen nervösen Apparates (*Auerbach's* Plexus). Sie sind unabhängig vom Zusammenhange des Darmes mit dem Centralnervensystem und pflanzen sich nur in einer Richtung fort, von oben nach unten. Sie hören auf bei Lähmung des örtlichen nervösen Apparates durch Nicotin oder Cocain. Die Erzeugung der wirklichen peristaltischen Welle ist gebunden an die unveränderliche Ansprechsfähigkeit des intestinalen Nervenmechanismus für örtliche Reizung. Das Gesetz dafür lautet: Oertliche Reizung des Darmes bewirkt Erregung oberhalb und Hemmung unterhalb der Reizstelle. Jeder Punkt des Darmes ist also entgegengesetzten Bewegungeinflüssen unterworfen, hemmenden von oben und befördernden oder erregenden von unten. Die Thätigkeit der Darmmuskeln hängt demnach in einem gegebenen Zeitpunkte von dem relativen Einflusse dieser 2 Arten von Impulsen ab. Ausser diesen örtlichen Einflüssen steht aber jeder Punkt des Darmes noch unter der Controle des Centralnervensystems durch Vermittelung der Splanchnici und Vagi. Die Splanchnici üben einen tonischhemmenden Einfluss auf die Darmbewegungen aus. Ihre Reizung wirkt auf Längs- und Ringmuskeln

hemmend, diese Hemmung ist unabhängig von der vasoconstriktorischen Wirkung der Splanchnici. Die Vagusnerven enthalten 2 Arten von Fasern, hemmende und beschleunigende; die Hemmungfasern haben eine kurze, die Beschleunigungfasern eine lange Latenzperiode. Die Wirkung des Vagus auf den Darm ist also eine zwiefache: anfänglich Hemmung, dann Beschleunigung. Diese Wirkung wird durch Atropin nicht verändert, aber sofort aufgehoben durch kleine Dosen von Nicotin. Eine tonische Wirkung auf den Dünndarm kommt dem Vagus nicht zu. Teichmann (Berlin).

235. **Ueber den Einfluss der Galle auf die peristaltischen Bewegungen des Dünndarmes**; von C. Eckhard. (Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 3. 1899.)

Bei Beobachtung des Darmes in Kochsalzlösung konnte E. einen erregenden Einfluss der Galle auf die Darmperistaltik nicht nachweisen. Ebenso konnte ein Einfluss auf die Erregbarkeit der Darmmuskulatur nicht festgestellt werden.

V. Lehmann (Berlin).

236. **Kommen der Galle fäulnisswidrige und antibakterielle Eigenschaften zu?** von Dr. Max Mosse. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 5 u. 6. p. 527. 1899.)

Aus seinen Versuchen am lebenden Thiere, sowie im Reagenzglas, bez. Brutschrank kommt M. zu dem Ergebnisse: „dass die Galle die Bildung der bei bakterieller Zersetzung des Eiweisses und des Zuckers entstehenden Produkte *nicht* hintan hält, sondern im Gegentheile fördert, dass sie dagegen die Entwickelung der Bakterien selbst zeitlich zu hemmen im Stande ist". Dippe.

237. **Zu den Grundlagen der Entfettungsmethoden**; von Dr. Georg Rosenfeld in Breslau. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 30. 1899.)

Dass aus Eiweiss Fett gebildet wird, ist in hohem Grade unwahrscheinlich. Bei der „fettigen Degeneration" handelt es sich um ein Verarmen der Zellen an Eiweiss oder Glykogen und um Einwandern fertig gebildeten Fettes in die kranke Zelle. Kohlehydrate und Fette bilden im Körper Fett, aber mit Unterschied. R. stellt die Bedeutung unserer 3 Hauptnährstoffe in folgenden Sätzen zusammen: „Der depositäre Charakter des Fettes tritt überall in der Leichtigkeit hervor, mit der es in die Depots des Körpers abgeschoben wird. Es ist dazu als der schwerst verbrennliche der drei Nahrungsgrundstoffe prädisponirt und auch deswegen, weil es in der Form, in der es eingeführt wird, zugleich als Depotsubstanz benutzt wird, ohne eine Umformung wesentlicher Art zu erleiden. Das Eiweiss wird auch als solches aufgespeichert, ohne die Umwandlung in Fett zu erfahren, es ist also im Liebig'schen Sinne plastische Substanz, zugleich ist es in so hervorragendem Sinne respiratorisches Material, da es nur an leichter Verbrennlichkeit mit den Kohlenhydraten verglichen werden kann. Die Kohlenhydrate haben als dauernde Sparform, also als Form, in der sie dauernd aufgespart werden, nur das Fett, sind aber mehr geeignet oxydirt, als aufgespeichert zu werden. Für den menschlichen Organismus folgt daraus das Gleiche, wie für den thierischen, dass betreffs der Zwecke der Stärkung und Entfettung der Fettansatz am leichtesten und entgegengesetzt den Ebstein'schen Anschauungen, aus Fettnahrung und viel schwerer aus Kohlenhydraten entsteht".

Dippe.

238. **Ueber den Fettgehalt der Drüsen im Hungerzustand und über seine Bedeutung**; von R. Nikolaides. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 518. 1899.)

Im Hungerzustande sind Fettgranula fast ausschliesslich in den drüsigen Organen zu finden, während arbeitende Organe (Muskulatur und Nervensystem) keine Granula enthalten. Dieses Fett ist nach N. in den Zellen selbst aus Eiweiss entstanden. Einen besonderen Beweis für die Fettbildung aus Eiweiss sieht N. darin, dass in der Glandula submaxillaris des hungernden Hundes die Gianuzzi'schen Zellen voll von Granulis sind, diese Zellen gelten aber als „Eiweisszellen".

Ueber die Bedeutung des Fettes der Drüsenzellen beim Hunger spricht sich N. folgendermaassen aus: „Im Zellenstaate opfern einige Zellen, welche geringe oder keine Bedeutung haben, ihren Körper dem Wohle der Zellen, welche für den ganzen Organismus arbeiten. Im Zellenstaate des zusammengesetzten Organismus zerstören während des Hungers die Drüsenzellen, welche geringe oder keine Funktion haben, ihren Körper, indem sie ihr Eiweiss in Fett verwandeln, welches nachträglich aus den Drüsen, wie das Fett aus dem Panniculus adiposus, in die Organe wandert, welche dessen bedürfen und welche für das Leben des ganzen Organismus arbeiten. So haben wir das Beispiel des Opfers einiger Mitglieder des Staates für die Existenz des Gesammtorganismus."

W. Straub (Leipzig).

239. **Ueber Phloridzindiabetes Schwangerer, Kreissender und Neugeborener und dessen Beziehungen zur Frage der Harnsekretion des Foetus**; von Dr. L. Schaller. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 566. 1899.)

Wie v. Mering nachgewiesen hat, erregt das Phloridzin einen echten Diabetes, der sich insofern scharf von dem sonst bei Mensch und Thier beobachteten Diabetes unterscheidet, als bei ihm der Blutzuckergehalt nicht vermehrt, sondern vermindert ist. Die Thatsache, dass bei dem Phloridzindiabetes die Nieren den alleinigen Entstehungort der Zuckerproduktion darstellen, verwendete Sch. auf eine Anregung Prof. Fehling's hin zur Lösung der Frage nach der fötalen Urinsekretion. Füttert

man Schwangere oder Kreissende mit Phloridzin, so wird dieses in den Blutkreislauf der Mutter, sowie des Foetus übergehen, und es muss alsdann der Gehalt des Fruchtwassers an Zucker innerhalb gewisser Grenzen den direkten Maassstab für die Nierensekretion des Foetus abgeben. Funktionirt dagegen die fötale Niere nicht, oder nur in der allerletzten Zeit der Schwangerschaft, so wird auch der Nachweis von Zucker im Fruchtwasser nicht oder nur in geringen Mengen gelingen.

Die von Sch. vorgenommenen Versuche und Untersuchungen führten ihn zu dem Schlusse, dass eine regelmässige Sekretion und periodische Exkretion des fötalen Urins in das Fruchtwasser hinein während der Schwangerschaft, selbst in der allerletzten Zeit, vollkommen ausgeschlossen ist. Die Nierensekretion des Foetus beginnt normaler Weise meistens schon intra partum unter dem Einflusse der durch die Wehenthätigkeit gesetzten Störungen des Placentakreislaufes; in der allergrössten Mehrzahl der Fälle kommt es jedoch während der Geburt nicht zur Entleerung der kindlichen Harnblase in das Fruchtwasser hinein. Nur in ganz seltenen Fällen wird die Frucht, höchstwahrscheinlich durch Störungen im fötalen Kreislaufe, die durch die verschiedensten Vorkommnisse bedingt sein mögen, dazu veranlasst, ausnahmeweise und gelegentlich schon kurz vor und während der Geburt Harn in die Eiblase hinein zu entleeren. Demgemäss besteht das Fruchtwasser der Kreissenden fast ausschliesslich nicht aus vom Foetus gelieferten Urin, sondern aus Transsudat aus den mütterlichen Gefässen. Die Niere des Neugeborenen funktionirt langsamer als die des Erwachsenen, eine regelrechte Thätigkeit kommt erst post partum zu Stande. Brosin (Dresden).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

240. **Ueber die sogenannte baktericide Eigenschaft des Blutserums und über ihre Beziehungen zu Assimilationsvorgängen und zu osmotischen Störungen**; von Dr. K. Walz. Tübingen (Habilitationsschrift). Braunschweig 1899. H. Bruhn.

Die von v. Baumgarten veranlassten Untersuchungen W.'s richten sich gegen die Alexintheorie Buchner's, deren Begründung durch v. Baumgarten und seine Schüler immer für unzulänglich erklärt worden war, weil die Erscheinungen der baktericiden Fähigkeiten des Blutserum inconstant und mehrdeutig seien. W. verfolgt auf Grund zahlreicher, vorwiegend mit Milzbrand-, Typhus- und Colibacillus ausgeführter Experimente alle die Momente, die das Absterben der in ein Blutserum übertragenen Bakterien, soweit es sich durch das Plattenverfahren erweisen lässt, veranlassen können, und weist vor Allem darauf hin, dass ganz gleiche Ergebnisse wie mit Blutserum auch mit einer grossen Anzahl von Nährsubstraten indifferenter Art, Salzlösungen, Stroh- und Heuinfusen, filtrirten Eiweiss-, Pepsin- und ähnlichen Lösungen u. s. w. erzielt werden können; von einer Giftwirkung konnte in diesen Versuchen nicht die Rede sein und so erhebt sich die Frage, ob die theoretisch angenommene Gift-(Alexin-)Wirkung des Blutserum nicht etwa auf dieselben chemisch-physikalischen Vorgänge einerseits und besondere biologische Zustände der übergeimpften Bakterien andererseits zurückgeführt werden muss, wie sie bei den Experimenten W.'s allein in Frage kommen. Betreffs der letzteren hebt W. hervor, dass ältere Bakterienindividuen der Uebertragung in neue differente Nährmedien leichter erliegen müssen als jüngere, deren Anpassungkräfte noch stärker sind; weiterhin ist die Empfindlichkeit der einzelnen Bakterienarten gegen bestimmte Stoffe und deren Concentrationgrad so fein, dass sie zur Erklärung zahlreicher Phänomene vollkommen ausreicht. Es handelt sich dabei nicht einfach um eine Schädigung im Sinne einer Giftwirkung, sondern zum Theil um Hungerzustände, die die Neubildung von Individuen zurückhalten, ferner um Veränderungen des Zellenprotoplasma durch osmotische Processe, wie sie im Bilde der eventuell zum Zellentode fortschreitenden Plasmolyse an Pflanzen- und Thierzellen durch die Untersuchungen Hamburger's, de Vries', Fischer's u. A. bekannt geworden sind, oder auch um Agglutinationvorgänge und Aehnliches. Indem W. den Einzelheiten dieser Frage theils auf induktivem, theils auf experimentellem Wege nachgeht, beleuchtet er erfolgreich die Schwierigkeiten, die aus der Complicirtheit der Nährmaterialien und des ganzen methodischen Verfahrens bei dem Nachweise der „baktericiden“ Kraft der untersuchten Stoffe entstehen. Es ist unzweifelhaft als ein Fortschritt zu bezeichnen, dass den feinsten biologischen Vorgängen des Bakterienlebens hier so gründlich Rechnung getragen und auf ihre sorgfältige Berücksichtigung bei den Bakterienculturen hingewiesen wird. Schon aus diesem Grunde ist die Arbeit, deren einzelne Versuchsresultate wiederzugeben wir uns versagen müssen, sehr lesenswerth. Ihr wesentliches Resultat ist die Bestätigung der v. Baumgarten'schen Behauptung, dass die Annahme eiweissartiger specifischer baktericider Stoffe im Blutserum verschiedener Thiere bisher nicht zwingend bewiesen sei, dass aber Grund genug vorliege, um die natürliche Immunität der einzelnen Thiere gegen bestimmte Bakterien auf das Vorhandensein geringfügiger chemischer Differenzen der Blutsera in Bezug auf Salzgehalt und ähnliches zurückzuführen, die das Blut der betreffenden Thiere zwar nicht zu einem *giftigen,* aber zu einem *ungeeigneten* Nährboden für die Bakterien machen und hierdurch die „baktericide“ Fähigkeit gewissermaassen vor-

täuschen, während das Verschwinden der Bakterien aus dem Blute thatsächlich nur einem physiologischen Absterben in Folge Mangels geeigneten Nährmateriales u. s. w. entspricht.

Beneke (Braunschweig).

241. **The nature of the action of antitoxins**; by Louis Cobbett. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 193. 1899.)

C. kommt zu dem Resultate, dass die Wirkung der Antitoxine im Organismus auf eine direkte Bindung der zugehörigen Toxine zurückzuführen ist; er verwirft die Buchner-Roux'sche Erklärung und schliesst sich mehr der Behring'schen an; allerdings soll die Wirkung nicht einer einfachen Absättigung wie etwa zwischen Alkali und Säure gleichkommen, vielmehr ihr chemisches Analogon (wie schon Ehrlich bemerkte) in dem ungleich langsamer verlaufenden Process des Entstehens von Doppeltverbindungen haben. Wenn es anderen Experimentatoren gelungen ist, Mischungen von Toxin und Antitoxin durch gewisse Versuchsbedingungen zu trennen, so hat das seinen Grund in der noch nicht vollständig erfolgten Vereinigung der beiden Substanzen. Der Erfolg wird um so geringer, je länger man die beiden vorher aufeinander wirken liess. Für die Annahme einer direkten Bindung spricht auch sehr die Thatsache, dass es möglich ist, Toxin mit Antitoxin auf 1% Fehler zu titriren. Auch kann angenommen werden, dass zwischen vielfachen Dosen von Toxin und Antitoxin das Gesetz der Multiplen gilt; zur Vernichtung einer 1000fachen tödtlichen Dosis Toxin ist nahezu 100mal mehr Antitoxin nöthig als zur Paralysirung der Wirkung der 10fach-tödtlichen Dosis.

W. Straub (Leipzig).

242. **Zur Phagocytose**; von Prof. Ernst Almquist. (Ztschr. f. Hyg. XXXI. 3. p. 507. 1899.)

Aus den Versuchen geht hervor, dass die abgestorbenen, wie die lebendigen polynucleären Leukocyten grosse Fähigkeit besitzen, Bakterien in ihr Protoplasma aufzunehmen. Es muss angenommen werden, dass diese Körper bei Berührung die grösste Attraktion aufeinander ausüben.

H. Beschorner (Dresden).

243. **The conditions which influence the duration of passive immunity**; by F. Ransom. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 180. 1899.)

R. untersuchte während $4^1/_2$ Monaten den Tetanusimmunitätverlust an einer hochimmunisirten Stute und an deren neugeborenem Füllen, gleichzeitig auch die durch die Milchproduktion erlittenen Antitoxinverluste. Das Verhältniss der antitoxischen Werthe von Stutenserum, Füllenserum: Stutenmilch war im Zeitpunkte der Geburt 40:8:1; nach etwa 4 Monaten (die Toxinbehandlung der Stute war selbstverständlich ausgesetzt) 300:30:1. Die Curven des Absinkens der Antitoxinwerthe gehen namentlich in den letzten Monaten nahezu parallel. Eine erneute Toxinbehandlung der Stute lässt die Antitoxinwerthe von Stutenserum und Milch rasch wieder steigen, doch ist der Antitoxinverlust durch die Milch für den Antitoxingehalt des Blutes bedeutungslos. Experimentell erzeugtes Fieber scheint das Absinken des Antitoxingehaltes wesentlich zu beschleunigen. Die Immunität verschwindet gleichfalls rascher, wenn antitoxisches Serum einer anderen Thierart zur passiven Immunisirung verwandt wurde. Die Retentionfähigkeit für Antitoxin von nicht verwandter Art ist je nach der Thierart sehr verschieden. Ziegen behalten Pferdeantitoxin sehr lange, Kuhantitoxin verschwindet bei Kaninchen sehr rasch. Es ist also sehr wohl möglich, dass eine Thierart gefunden wird, deren Diphtherie-antitoxisches Serum am Menschen eine länger dauernde Immunität erzeugt, als das jetzt verwandte Pferde-Diphtherie-Serum.

W. Straub (Leipzig).

244. **Ueber das Wachsthum von Mikroorganismen auf Speicheldrüsen-Mucin-Nährböden**; von Dr. Georg Mayer in Würzburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21—23. 1899.)

Die Resultate sind kurz zusammengefasst: Das Fleisch jüngerer, gut genährter Thiere eignet sich (wie übrigens schon bekannt) besser für das Mikrobenwachsthum, das des Kalbes wiederum mehr, als das anderer Thiere. Die Entwickelung auf Speicheldrüsen ist besser, als die auf Muskelfleisch, zugleich wird ein charakteristisches Wachsthum begünstigt. Das aus Galle bereitete Mucin besitzt gegenüber Mikroben mässig entwickelungshemmende Eigenschaften.

H. Beschorner (Dresden).

245. **Differentialdiagnostische Untersuchungen mit gefärbten Nährböden**; von Dr. L. J. Rothberger in Wien. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 1. p. 15. 1899.)

R. wies an einer Reihe von einander nahestehenden Spaltpilzen nach, wie vortheilhaft es für das Auseinanderhalten sich ähnelnder Spaltpilze ist, sich gefärbter Nährböden unter Benutzung der von ihm geprüften Farbstoffe zu bedienen.

Radestock (Blasewitz).

246. **Eine automatische Messpipette für keimfreie Flüssigkeiten**; von Dr. F. Kern in Budapest. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 2 u. 3. p. 75. 1899.)

K. verbesserte die bisher üblichen Pipetten durch Anbringung eines *Dreiwegehahns* am unteren Ende zur Erleichterung der Füllung und eines *Schwimmventils* am oberen Ende zum selbstthätigen Verschlusse nach erfolgter Füllung, Einrichtungen, die manchen Handgriff und eine 3. Hand ersparen.

Uebrigens ähnelt diese Messvorrichtung der 1894 von Kuprianow beschriebenen.

Radestock (Blasewitz).

247. **Ueber einige Modifikationen der „aseptischen, leicht zu sterilisirenden patentirten Glasspritze“**; von Dr. S. Glücksmann in Zürich. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 1. p. 18. 1899.)

Gl. verbesserte die von den Firmen *Hanhart u. Ziegler* in Zürich und *Luer* in Paris beziehbaren ganz aus Glas hergestellten Spritzen, die sich vorzüglich zur Einspritzung giftiger Spaltpilzsaaten eignen, dadurch, dass er am Cylinder eine *Rinne* anbringen liess, die die neben dem eingeschliffenen Glasstempel hervorquellenden Tropfen aufnimmt und so die Hände des Forschers vor gefährlicher Verunreinigung schützt; ferner liess Gl. mit dem Cylinder eine dünne *Pipette* verschmelzen, so dass die *genaue* Abmessung kleinerer Mengen (z. B. 0.01 ccm) bei der Einspritzung *leichter* zu bewerkstelligen ist.

Radestock (Blasewitz).

248. **Ueber Fadenbildung.** *Ein Beitrag zur Lehre von der Agglutination*; von Dr. R. Kraus. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 29. 1899.)

Die Ergebnisse der Untersuchungen sind: 1) Fadenbildung ist eine Erscheinung, die bei gewissen Mikroorganismen unter Einfluss eines agglutinirenden Serum auftritt. 2) Der Fadenbildung voraus geht stets die Agglutination. 3) Die Fadenbildung ist keine so constante Erscheinung, wie die Agglutination (Coli). 4) Im Allgemeinen gelten die für die praktische Verwerthung der Agglutination aufgestellten Gesetze auch für die Fadenbildung mit Ausnahme des Bacterium coli.

H. Beschorner (Dresden).

249. **Beiträge zur Kenntniss der durch anaërobe Spaltpilze erzeugten Infektionerkrankungen der Thiere und des Menschen, sowie zur Begründung einer genauen bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Differentialdiagnose dieser Processe**; von Dr. E. v. Hibler. Vorläufige Mittheilung. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15—19. 1899.)

Eine Aufklärung der durch anaërobe Spaltpilze hervorgerufenen Infektionerkrankungen von Thieren und Menschen, die in der Leiche den pathologisch-anatomischen Befund eines mehr oder minder ausgebreiteten Unterhautzellengewebe- und Muskelödems ohne oder mit Blutungen, Emphysem, Eiterung oder Gangrän bieten, ist einmal aus den äusseren Gründen bisher nicht erfolgt, weil solche Processe überhaupt selten beim Menschen vorkommen, weiterhin aber auf besondere innere Schwierigkeiten (Isolirung und Cultur der Bakterien u. s. w.) zurückzuführen. Die bisher in der Literatur niedergelegten Kenntnisse sind unzureichend und widersprechen sich sogar bisweilen; auf festerer Grundlage beruhen eigentlich nur unsere Kenntnisse und die Diagnose des malignen Oedems und des Rauschbrandes. Die inneren Schwierigkeiten lernte H. bei seinen sich über 4 Jahre erstreckenden Untersuchungen zur Feststellung des Erregers der Gasgangrän, den er als einen obligaten anaëroben Spaltpilz nachwies, kennen.

Die ausserordentlich interessanten Untersuchungen und Ergebnisse, sowie eine ausführliche Beschreibung seiner Methodik der Isolirung und Reinzüchtung legt H. in vorliegender Abhandlung nieder. Am Ende seiner werthvollen Mittheilungen, die auf Untersuchung von 15 verschiedenen pathogenen und nicht pathogenen Anaëroben in 27 Culturen beruhen und wegen deren Ergebnissen im Einzelnen auf das Original verwiesen werden muss, vergleicht v. H. die Merkmale der bisher in der Literatur bekannt gewordenen Pseudoödembacillen und anderer pathogener Anaëroben mit den von ihm selbst beschriebenen Arten und giebt eine sachlich entsprechende Gruppirung der Oedem- und Emphysemzustände erregenden Anaëroben.

H. Beschorner (Dresden).

250. **Untersuchungen über säurefeste Bakterien**; von Alfr. Petterson in Upsala. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 26. 1899.)

Es giebt zur Zeit 7 Organismen, die tinktoreil ein ähnliches Verhalten gegen das Entfärben mit Säure zeigen wie der Tuberkelbacillus und die diesem morphologisch und biologisch ziemlich ähnlich sind. Um zu wissen, ob alle diese Organismen verschiedenen Arten angehören oder ob einige unter ihnen identisch seien, wurden 5 von diesen Organismen einer vergleichenden Untersuchung unterworfen, und zwar Butterbacillus Rabinowitsch, Butterbacillus Petri, Grasbacillus II Moëller, Timotheebacillus Moëller, Mistbacillus Moëller, Bacillus der Blindschleichentuberkulose. Die Untersuchungen machten es wahrscheinlich, dass nur 3 von Natur säurefeste Arten vorliegen, nämlich 1) Timotheebacillen, identisch mit Mistbacillen. 2) Petri-Bacillen, identisch mit Moëller's Grasbutter II. 3) Rabinowitsch. Meerschweinchen zeigten gegen diese Organismen bei intraperitonäaler Injektion von Reinculturen keine grosse Empfindlichkeit. Alle Formen haben überdies die Eigenthümlichkeit, Knötchenbildung hervorzurufen. Mehrere Eigenthümlichkeiten, die allen den genannten Mikroorganismen eigenthümlich sind, machen es wahrscheinlich, dass es sich um Arten handelt, die zu den Pilzen gehören und von denen nur eine parasitische Form bakterienähnlich erscheint.

H. Beschorner (Dresden).

251. **Ueber die Kapselbacillen**; von Dr. L. W. Strong in Göttingen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 2 u. 3. p. 49. 1899.)

Str. fand, dass sich die Kapselspaltpilze in 2 Gruppen trennen lassen. Bei der 1. Gruppe, zu der u. A. der Friedländer'sche Spaltpilz gehört, waren die jungen Aussaaten farblos, die *Kapseln* leicht *färbbar*; bei der 2. Gruppe, zu der u. A. der Kruse'sche Kapselpilz gehört, waren die Aussaaten von Anfang an weisslich, die Kapseln schwerer färbbar und undeutlich. Ferner war die *Gasbildung* bei älteren Aussaaten der 1. Gruppe

schwankend, am reichsten bei Zusatz von Rohrzucker, bei der 2. Gruppe dagegen reichlich und beständig bei Zusatz aller 3 Zuckerarten. Während endlich die 1. Gruppe keine Milchgerinnung und in Milchzuckerfleischbrühe keine *Säurebildung* bewirkte, zeigte sich bei der 2. Gruppe schnelle Milchgerinnung und gleiche Säurebildung in allen 3 Arten von Milchzuckerfleischbrühe. *1. Gruppe:* Bac. pneumoniae Friedländer, Bac. ozaenae, Bac. sputigenus crassus, Bac. Wright und Mallory und vielleicht rhinoscleromae. *2. Gruppe:* Bac. aërogenes, Pfeiffer und Kruse.

Radestock (Blasewitz).

252. **Ueber die Widerstandsfähigkeit des Diplococcus lanceolatus gegen Austrocknung in den Sputa**; von Dr. Donato Ottolenghi in Turin. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 120. 1899.)

Um die Widerstandsfähigkeit des Erregers der Lungenentzündung gegen Austrocknung zu prüfen, breitete O. drei Proben von Auswurf, der von den Kranken am 4. oder 5. Tage der Lungenentzündung ausgehustet worden war, auf Leinwand aus und liess sie dann bei 15—20° C. im Tageslichte trocknen. Beim ersten Auswurfe erlosch die Ansteckungsfähigkeit 36 Tage nach seiner Ausbreitung, während Züchtungsversuche noch bis zum 60. Tage mit Erfolg fortgesetzt wurden. Beim zweiten Auswurfe erhielten sich Züchtungs- und Ansteckungsfähigkeit bis zum 70. Tage. Beim dritten Auswurfe erhielt sich die Ansteckungsfähigkeit 65, die Züchtungsfähigkeit anscheinend 83 Tage lang.

Hieraus ersah O., dass der Erreger der Lungenentzündung im getrockneten Auswurfe seine Ansteckungsfähigkeit *länger als 70 Tage* bewahrt und noch züchtungsfähig ist, wenn seine Ansteckungsfähigkeit schon erloschen ist.

Radestock (Blasewitz).

253. **Ueber Noma und ihren Erreger**; von Dr. Perthes. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 111. 1899.)

P. konnte in 2 Fällen von *Noma* histologische und bakteriologische Untersuchungen anstellen. Die bei beiden Beobachtungen vollkommen übereinstimmenden Ergebnisse gestatten folgende Schlüsse: Die *Noma* ist eine Mykose, die zu Stande kommt auf dem Boden einer besonderen, durch Infektionkrankheiten, Masern, Typhus, schlechte Ernährung und kindliches Alter geschaffenen Anlage. Sie wird hervorgerufen durch einen Keim, der in seiner botanischen Stellung etwa die Mitte hält zwischen den Bacillen und den höher organisirten Fadenpilzen. Dieser Mikroorganismus verdient eingeordnet zu werden in die Gruppe der *Streptothrichen,* jene Gruppe, als deren bekanntester Repräsentant der Aktinomyces zu nennen ist. Diese *Streptothrix der Noma* bildet nun in dem erkrankenden Gewebe Fäden von oft beträchtlicher Länge und Mächtigkeit. Aus diesen entstehen (nicht selten unter Bildung von Verzweigungen) feinere Fadenbildungen, die durch Aneinanderlegung und Verflechtung ein Mycel entstehen lassen, das an der Grenze zwischen lebendem Gewebe und nekrotischem Gebiete eine solche Dichtigkeit hat, dass man fast sagen kann, das Gewebe werde ersetzt durch ein Fasergestrüpp. Die feinsten Endausläufer haben Spirillenform. Sie dringen in das noch lebende Gewebe vor, umspinnen die Zellen und verursachen ihren Tod.

Für die *Therapie* ergiebt sich hieraus Folgendes: Wenn es sich wirklich um ein hineinwucherndes Fasergestrüpp handelt, dann muss es möglich sein, dieses lokal wuchernde Pilzmycel durch *Kauterisation* zu zerstören, wie dies auch in dem 2. Falle P.'s ausgezeichnet gelang.

P. Wagner (Leipzig).

254. **Zur Bakteriologie der Gangrän**; von Dr. Rath in Strassburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20. 1899.)

In einem Falle von Gangrän der Penishaut wurde der Bacillus lactis aërogenes gefunden, der bisher in gangränösen Herden noch nicht beobachtet wurde. Er ist entgegen der Flügge'schen Ansicht nicht mit dem Bact. pyogenes der Franzosen zu identificiren. H. Beschorner (Dresden).

255. **Bakteriologischer Befund bei Stomatitis und Tonsillitis ulcerosa**; von Dr. H. Salomon in Kiel. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19. 1899.)

In 3 Fällen von Tonsillitis ulcerosa mit besonders charakteristischem klinischen Befunde (flaches, einseitig auf der Tonsille oder dem Gaumen lokalisirtes Geschwür) wurden zum Theile ausschliesslich, zum Theile in Verbindung mit anderen Bakterien (besonders dem Spirillum sputigenum) Stäbchen und Spirillen gefunden, die aus einem langen, an den Enden zugespitzten, oft etwas gebogenen, sich häufig nur lückenhaft färbenden Bacillus bestanden. Während zuerst Bernheim bei geschwüriger Stomatitis und Tonsillitis ulcerosa diesen Bacillus als meist „in geradezu verblüffender Menge“ vorhanden beschrieb, konnte er nur selten und spärlich in ca. 30 Fällen von Stomatitis mercurialis, bei Plaques muqueuses, Angina lacunaris, Stomacace nachgewiesen werden. S. legt dem Befunde deshalb eine viel geringere Bedeutung bei, als es Bernheim that, wenn ihm auch eine gewisse diagnostische Wichtigkeit nicht abgesprochen werden kann.

H. Beschorner (Dresden).

256. **Ueber das constante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen**; von Dr. Paul Hilbert. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 381. 1899.)

H. fand bei 50 wegen verschiedener Krankheiten behandelten Personen und bei 50 gesunden Schulkindern als regelmässigen Bewohner der Mandeln den Streptococcus longus (Ketten von über 10 Gliedern). Aus den Untersuchungen folgt, dass die von normalen und von entzündeten Tonsillen gezüchteten Streptokokken weder in der Beschaffenheit der Culturen, noch bezüglich ihrer Virulenz Unterschiede aufweisen, die eine Trennung in verschiedene Arten rechtfertigen. Dies zwingt zu dem Schlusse, dass sie zu derselben Gattung gehören, dass sie identisch sind. Dass andere Infektionserreger sich ebenfalls so häufig auf den Tonsillen Gesunder vorfinden, ist nicht ohne Weiteres anzunehmen, wenigstens trifft es nicht zu bei dem Diphtheriebacillus, den H. *kein* Mal bei 50 gesunden Kindern, die sämmtlich lange und zum Theile recht virulente Streptokokken auf ihren normalen Tonsillen beherbergten, nachweisen konnte. Dass den Streptokokken eine ätiologische Bedeutung für die infektiösen Mandelentzündungen zukommt, ist durch nichts bewiesen, ja es ist nach den vorliegenden Untersuchungen sehr unwahrscheinlich. Das Gleiche scheint auch für die Staphylokokken, Pneumokokken und die anderen hierfür in Anspruch genommenen Bakterien zu gelten. Wenn diese Mikroorganismen eine Rolle bei den Anginen spielen, so wird diese immer nur sekundärer Natur sein. Die Eintheilung der Streptokokken in Longi und Breves und die dafür angegebenen Merkmale können nach H. noch nicht als endgültig angesehen werden.

H. Beschorner (Dresden).

257. **Aetiologie und Therapie der Streptokokken-Infektionen**; von Dr. W. v. Lingelsheim. (Beitr. z. experim. Therapie, herausgeg. von Prof. E. Behring. Heft 1. Berlin u. Wien 1899. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 48 S.)

In der menschlichen Pathologie spielt hauptsächlich der Streptococcus longus eine Rolle. Unter dieser Bezeichnung fasst v. L. eine Gruppe von Streptokokkenformen zusammen, deren wichtigste Kriterien u. s. w. genau beschrieben werden unter Hinweis darauf, dass, da sich dieser Streptococcus longus durch die Thierpassage in eine kurzwachsende Diplokokkenform verwandeln kann, man auch jede kurze Kette daraufhin prüfen müsse, ob es sich nicht um eine abgeschwächte Form des Streptococcus longus handele.

Nachdem Behring in den Culturflüssigkeiten von Tetanus-, Diphtherie- und anderen Bakterien hochgiftige Substanzen und deren Antikörper entdeckt hatte, musste man sich unter Anderem die Frage vorlegen, ob auch vom Streptococcus longus solche giftige Körper gebildet würden. Die auf Entscheidung dieser Frage gerichteten Versuche v. L.'s waren im Allgemeinen negativ, wenn sich auch bisweilen eine derartige Giftbildung nachweisen liess, dagegen zeigten entsprechende Versuche mit abgetödteten Streptokokkenleibern, dass die Giftwirkungen der Streptokokken an das Leben der Bakterienzelle bis zu einem gewissen Grade gebunden sind. Auch bei den im letzten Stadium einer Streptokokkeninfektion auftretenden hämatolytischen Veränderungen erscheint die Anwesenheit der lebenden Bakterienzellen unerlässlich. Die Intensität der krankhaften Wirkungen, also die *Virulenz* der Streptokokken, kann durch die Thierpassage gesteigert werden. Da aber verschiedene Thiere der Passage verschiedenen Widerstand entgegensetzen, so gelangt man zu dem Begriffe der *specifischen Virulenz*, die gerade beim Streptococcus von hoher Bedeutung ist. Durch Annahme dieser specifischen Virulenz lässt sich die Erscheinung, dass ein menschenvirulenter Streptococcus sehr wenig thierpathogen sein kann und umgekehrt, begreiflich machen.

Nach Besprechung der krankmachenden Kräfte des Streptococcus longus wendet sich v. L. zu der Schilderung der experimentellen Untersuchungen, zur Therapie der Streptokokkeninfektionen, insbesondere des Erysipels, und stellt zunächst fest, dass die antiseptischen Mittel nach Behring's Untersuchungen nur einen sehr geringen Werth haben, der thierischen Zelle gegenüber aber eine hohe Giftigkeit besitzen. Die Untersuchungen v. L.'s stützen diese von Behring gefundene Thatsache. Dem Blute kommt, wenn auch die in ihm enthaltenen Alexine die Streptokokken nur wenig beeinflussen und auch die Wirkung der Leukocyten nicht zu hoch geschätzt werden darf, für die Heilung eine gewisse Bedeutung zu, insbesondere ist der Blutgehalt der Organe keineswegs für die Heilung gleichgiltig. Während Staungshyperämie durchaus ungünstig auf Streptokokkenerkrankungen wirkt, hat die aktive Hyperämie einen entschieden günstigen Einfluss, der sich auf Begünstigung der Resorptionverhältnisse, Verbesserung der Ernährungsbedingungen, die der Zelle eine schnellere Regeneration ermöglichen, mit der wiederum die Bildung der Antikörper in Verbindung steht, zurückführen lässt.

Von grösstem Interesse sind die Versuche, die sich auf die Immunität gegen die Infektionen mit dem Streptococcus longus beziehen. Beim Streptococcus longus liegen die Verhältnisse nicht so einfach wie beim Diphtherie- und Tetanusbacillus, dennoch kann eine gewisse Immunität nicht geleugnet werden. Auch nach Ueberstehung eines Erysipels entsteht eine Immunität, nur ist sie von ausserordentlich kurzer Dauer. Am Menschen vorgenommene Versuche, die sich als therapeutische Maassnahmen rechtfertigen liessen, ergaben unbefriedigende Resultate. Klarer und beweisender waren die Immunisirungsversuche bei verschiedenen Thierarten. Durch Injektionversuche, die z. Th. durch die von Behring ausgeführte Immunisirung beeinflusst waren, konnte nicht mehr als eine „Grundimmunität" erreicht werden, da-

gegen gelangte v. L. zu beträchtlichen Immunitätgraden bei intraperitonäaler Applikation abgetödteter Streptokokkenleiber. Der Prüfung des Immunitätgrades bei Injektion lebender Culturen haften noch zu grosse Ungenauigkeiten an, um die erzielten Resultate verwenden zu können. War dem Thiere eine Grundimmunität beigebracht, so ergab sich, dass das Thier auf die Injektion einer tödtlichen Dosis genau so reagirte, wie ein nicht immunisirtes auf eine unvirulente Cultur, d. h. die eingebrachten Streptokokken wurden schnell resorbirt und verschwanden im Blute. Ging man über die tödtliche Dosis hinaus, so kam es zu leukocytenreichen Exsudaten, die Streptokokken waren meist nach 6—8 Stunden in Leukocyten eingeschlossen; war das Thier aber der Dosis nicht gewachsen, so ging die Leukocytose zurück unter der ständigen Vermehrung der Streptokokken. Die Wirkung des Immunserum unterschied sich sonst nicht wesentlich von der eines schwachen Antisepticum. Wie diese ihre Wirksamkeit der Fähigkeit verdanken, mit dem Bakterienprotoplasma Verbindungen einzugehen, so dürfte auch die Wirkung der im Streptokokkenimmunserum enthaltenen Stoffe in gleicher Weise ihre Erklärung finden. Man hätte dann in diesen baktericiden Körpern eigentlich Antitoxine vor sich, die aber nicht wie die Antitoxine der Diphtherie oder des Tetanus an freie lösliche Gifte herangehen, sondern an gewisse, mit dem Bakterienprotoplasma verbundene Giftcomponenten. Ob sich noch andere, für die Immunität wichtige Substanzen im Serum der immunisirten Thiere vorfinden, ist mit Sicherheit nicht zu unterscheiden.

Bei allen den genannten Versuchen ist es aber von grosser Wichtigkeit, zu bedenken, dass bei den bisher erreichten Immunitäten ein bestimmtes Serum nur gegen bestimmte Vertreter des Streptococcus longus eine Wirksamkeit entfaltet. Für die Verwerthung des Serum am Menschen muss man sich weiter klar machen, dass die bisherigen Sera mit thierpathogenen Streptokokken hergestellt sind, die nach allen neueren Erfahrungen wahrscheinlich kaum menschenpathogen sind. Demgemäss sprechen die praktischen Resultate bisher nicht sehr für die serumtherapeutische Behandlung der Streptokokken-Infektionen.

H. Beschorner (Dresden).

258. **Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf verschiedene Organe des Körpers.** Arbeiten aus dem patholog. Institute zu Helsingfors (Finland); herausgegeben von Prof. E. A. Homén. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 1. 1899.)

Wie aus dem Vorworte hervorgeht, lag es in der Absicht H.'s, die Wirkungen pathogener Bakterien auf das Nervensystem experimentell zu studiren. Die Versuche sollten das Nervensystem (durch Einspritzungen in die Nerven oder das Rückenmark) direkt angreifen, um so die Ausbreitungsweise und Wirkung der Bakterien genau verfolgen zu können. Für die angewendeten Methoden eigneten sich besonders der Streptococcus und seine Toxine. Im Anschlusse an die so gewonnenen Resultate wurden dann vergleichende Untersuchungen an anderen Organen des Körpers ausgeführt.

1) *Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf peripherische Nerven, Spinalganglien und das Rückenmark;* von Prof. E. A. Homén und Dr. Taav. Laitinen.

Die für Kaninchen stark pathogen gewordenen Streptokokken breiten sich central- und peripheriewärts hauptsächlich längs der Lymphwege und der grossen serösen Räume des Nervensystems aus, indem sie schon bald nach der Einspritzung das Epineurium verlassen und sich auf die Lymphwege der Nervenbündel beschränken. Während die Bakterien nach der Peripherie zu sich relativ diffus ausbreiten, sammeln sie sich im centralen Theile des Nerven und steigen mehr längs der hinteren, als längs der vorderen Wurzeln zum Rückenmarke auf, breiten sich dann schnell über die intermeningealen Räume des ganzen Rückenmarkes aus, dringen auch in die entsprechenden Räume des Gehirnes ein und gelangen bald längs des Septum posterius in das Rückenmark. In die Blutbahn scheinen die Bakterien in grösserer Menge erst in den letzten Stunden vor dem Tode zu gelangen, wobei auch meistens ein starkes Sinken der Temperatur stattfindet.

Die Veränderungen sind im Allgemeinen, sowohl nach Bakterien-, als besonders nach Toxineinspritzung, im Anfange mehr degenerativer Natur und es schliessen sich dann entzündliche und sklerotische, bisweilen auch rein destruktive Processe an; zuweilen ist auch der Process von Anfang an mehr exsudativer Natur.

Die beschriebenen Untersuchungen bilden gewissermaassen eine Stütze für die Ansicht, dass manche Rückenmarkskrankheiten, sowohl solche mehr degenerativer, als solche entzündlicher Art, infektiöser oder toxischer Natur sind. Besonders geben sie eine anatomische Grundlage für die Theorie der ascendirenden Neuritis.

2) *Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf die Leber;* von Max Björkstén.

Die Einführung des Giftes in den Organismus führt zu allgemeiner Intoxikation. Die Injektion von Streptokokkentoxin direkt in die Leber übt eine hauptsächlich degenerative Wirkung auf die Gewebe aus, besonders bei Einspritzung in den Ductus choledochus. Die Veränderungen beginnen in nächster Nähe der Injektionsstelle (d. h. in der Nähe des Hilus) und nehmen nach der Peripherie zu ab. Das Endresultat des Processes kann eine vollständige Cirrhose sein. Bei Injektion unter die Haut, in den N. ischiadicus oder in die Venen

können in der Leber kleinere degenerative oder nekrotische Herde entstehen.

3) *Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf die Lungen;* von J. Silfvast.

Die Lungen von Kaninchen sind gegen die Einwirkung lebender Streptokokken relativ widerstandsfähig, mögen die Streptokokken in die Trachea eingespritzt oder durch Inhalation in die Lungen eingeführt werden.

Die Widerstandskraft wächst bei indirekten Angriffen (hypodermatische, intravenöse Injektion) und wird geschwächt, wenn noch ein anderes, die Widerstandskraft des Thieres, vor Allem der Lungen, herabsetzendes Moment mitwirkt. Spritzt man eine möglichst virulente Streptokokkenbouilloncultur in die Trachea, so findet man schon nach 15 Minuten viele Alveolenepithelzellen und vereinzelte Leukocyten mit Streptokokken vollgepfropft, und nur wenige extracelluläre Kokken. Dieses Bild verändert sich in den ersten 4 Stunden nur wenig, nach dieser Zeit sieht man die Streptokokken allmählich mehr extracellulär, die Ketten werden kräftiger und färben sich regelmässiger, nach dem 2. Tage macht sich mehr und mehr Degeneration geltend. Werden in die Trachea in ihrer Virulenz stark abgeschwächte Streptokokken injicirt, so ist das Bild nach 4 Stunden ungefähr das oben beschriebene, nach dieser Zeit degeneriren die intracellulär verbleibenden Kokken rasch. Die durch Inhalation hervorgerufenen Veränderungen zeichnen sich durch ihre Tendenz zu einer diffusen Bindegewebeumwandlung mit reichlichen Blutungen und kleinzelliger Infiltration aus. In den Bronchialdrüsen finden sich die kräftigsten Streptokokken in den Sinus, die am stärksten alterirten in den Follikeln. Schon nach 15 Minuten findet man auch reichlich Streptokokken in den peribronchialen und perivaskulären Lymphräumen; in den Lymphdrüsen lassen sie sich schon nach 15 Minuten und noch nach 35 Tagen nachweisen. Das Schicksal der meisten Streptokokken ist ihr Untergang im Alveolenexsudat; wie gross die Rolle ist, die die Phagocytose dabei spielt, bleibt unentschieden. Eine bedeutende Zahl von Kokken wird jedoch auch durch die Lymphwege weggeführt.

4) *Ueber die Einwirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf den Herzmuskel;* von T. W. Tallqvist.

Injektion von Streptokokken direkt in die Herzwand führt oft zu Abscessbildungen in der Muskulatur, in anderen Fällen nimmt der Process einen weniger stürmischen Verlauf. Die Folgen der Bakterienwirkung sind rundzellige Infiltration, Gefässhyperämie, Bildung von Fibroblasten, Blutungen. Daneben werden einfache parenchymatöse Veränderungen beobachtet. Im weiteren Verlaufe kann es zu einer relativen Heilung unter Bildung von Bindegewebeschwielen kommen. Bei intravenöser Injektion, sowie bei Einspritzung von Bouillonculturen, subcutan und intraperitonäal, konnten im Allgemeinen dieselben Verhältnisse nachgewiesen werden. Abscessbildung im Herzmuskel konnte jedoch niemals festgestellt werden. Injektionen von Streptokokkentoxin in die Ohrvene hatten bisweilen keine Veränderung des Herzens zur Folge, bisweilen fanden sich Veränderungen hauptsächlich parenchymatöser Natur.

5) *Experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung der Streptokokken durch die Nieren;* von Axel v. Bonsdorff. (Vorläufige Mittheilung.)

Die durch Streptokokken hervorgerufenen Nierenveränderungen sind, wenn man von den Fällen herdförmiger Erkrankung absieht, ziemlich gering. In den ersten Stunden nach der Streptokokkeninfektion, wenigstens wenn die Virulenz die bei den Versuchen angewendete nicht überschreitet, findet eine Ausscheidung von Bakterien nicht statt. Dieser Umstand spricht dafür, dass für den Durchgang der Streptokokken gewisse Veränderungen der Nieren erforderlich sind.

6) *Experimentelle Untersuchungen über peritonäale Infektion mit Streptococcus;* von Axel Wallgren.

Virulente Streptokokken bis zu einem gewissen Minimum von Virulenz in die Peritonäalhöhle von Kaninchen injicirt, können auch in ziemlich kleinen Dosen tödtliche Peritonäalinfektion verursachen. Streptokokken unter einem gewissen Minimum von Virulenz können in der Peritonäalhöhle des Kaninchens nicht zur Entwickelung gelangen. Der Schutz der Peritonäalhöhle liegt namentlich in ihrer grossen Resorptionfähigkeit, in der Thätigkeit der in ihr enthaltenen und zu ihr hinströmenden Leukocyten und möglicherweise auch in der Funktion der Endothelzellen des Peritonaeum. Der Phagocytose kommt in den verschiedenen Stadien der Infektion eine verschiedene Rolle zu, bei Streptokokkeninfektion von herabgesetzter Virulenz scheint die Phagocytose ohne Unterbrechung zu dauern, so lange es Streptokokken in der Peritonäalhöhle giebt. Die Streptokokken können auf die Leukocyten zerstörend einwirken. So lange Streptokokken in der Peritonäalhöhle nachzuweisen sind, sowie während der unmittelbar darauf folgenden Zeit (1—2 Tage) gehört die Mehrzahl der Zellen den polymorphkernigen und polynucleären Leukocyten an; danach stellt sich für einige Zeit eine Leukocytose ein, die im Gegensatze zu der vorigen mononucleär ist.

Den einzelnen Abhandlungen sind 10 farbige Tafeln beigegeben. H. Beschorner (Dresden).

259. **Beitrag zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe**; von Dr. Vanselow in Stettin u. Dr. Czaplewski in Köln a. Rh. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 141. 1899.)

V. und Cz. wiesen nach, dass in jeder frischen thierischen Pockenlymphe traubige Spaltpilze zu

finden sind, dass diese aber sich keineswegs mit dem goldfarbigen oder weissen traubigen Eiterungerreger decken, sondern einer neuen Kokkenart angehören, die sie als „Staphylococcus quadrigeminus Czaplewski“ bezeichnen. Diese Kokken erzeugten *nicht unbedingt* an Ort und Stelle der Impfung oder weiter entfernt *Eiterungen*, wenngleich sie unter besonderen Umständen solche hervorzurufen im Stande waren; sie sind *nicht* ohne Weiteres zu den *harmlosen* Pilzen zu zählen.

Manches schien V. und Cz. darauf hinzudeuten, dass der Vorgang der Pockenimpfung mit dem nach Czaplewski benannten Spaltpilze in Beziehungen steht.

Das endgiltige Urtheil hierüber bleibt jedoch weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Radestock (Blasewitz).

260. **A description of a new pathogenic microbe of sewage: bacillus pyogenes cloacinus**; by E. Klein. (Brit. med. Journ. July 8. 1899.)

Der Bacillus Kl.'s wurde gewonnen aus dem eiterigen Exsudat der Bauchhöhle eines Meerschweinchens, das 48 Stunden nach der subcutanen Injektion vom Sediment einer Kloakenflüssigkeit starb. Unbeweglicher, kettenbildender Bacillus von 0.6—1.25 μ Länge und 0.4 μ Dicke. Wächst am besten in alkalischer Nährbouillon; Gelatine wird nicht verflüssigt, keine Gasentwickelung in Traubenzuckergelatine. Subcutane Injektion tödtet Meerschweinchen in 3—4 Tagen, Injektion in die Bauchhöhle in 24 Stunden unter Erscheinungen der Septikämie, ebenso bei Mäusen; bei Kaninchen ist der Bacillus wirkungslos. Der Bacillus zeigt in seinen Wachsthumserscheinungen Aehnlichkeiten mit dem Bacillus der Schweineseuche von Loeffler und Schuh, doch unterscheiden sich die beiden Arten in ihrer Wirkung auf Nager, weshalb Kl. seinem Bacillus als einer selbständigen Art den Namen: Bacillus pyogenes cloacinus giebt.

W. Straub (Leipzig).

261. **Ueber die Aktinomycesgruppe (Aktinomyceten) und die ihr verwandten Bakterien**; von Prof. E. Levy. Aus dem hyg. Institute der Universität Strassburg i. E. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 1. 1899.)

Zusammenfassender Bericht über die Arbeiten L.'s und seiner Schüler über die Morphologie und Aetiologie der Strahlenpilze und der ihnen nahestehenden Mikroorganismen. L. glaubt, dass man auf Grund der vorliegenden Untersuchungen die bisher in einer getrennten Gattung zusammengefassten Spaltpilze (Tuberkelbacillen, Lustgarten's Bacillus, Smegmabacillus, die Erreger der Lepra, des Rotzes, der Diphtherie u. A. m.) trotz gewisser Abweichungen in enge verwandtschaftliche Beziehungen zur Aktinomycesgruppe bringen müsse. H. Beschorner (Dresden).

262. **Zur Morphologie der Aktinomyces**; von Dr. Hayo Bruns. Aus dem Institute für Hyg. u. Bakteriol. der Universität Strassburg i. E. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XXV. 1. 1899.)

Bei der Untersuchung eines Falles von Aktinomykose der Bauchdecken wurde eine Strahlenpilzart gezüchtet, die bei intravenöser, intraperitonäaler und subcutaner Injektion bei Meerschweinchen, Kaninchen, Mäusen keine Aktinomykose hervorbrachte und auch bei direkter Einbringung in Leber, Milz, Hoden wirkungslos blieb. Er hält den Strahlenpilz für identisch mit dem Berestnew'schen Pseudoaktinomycespilz, erklärt aber die Bezeichnung Pseudoaktinomykose beim Vorhandensein von Körnchen, die strahlenartige Faden und Keulen bergen, nicht für richtig.

H. Beschorner (Dresden).

263. **The definition, terminology and classification of tumours**; by Charles Powell White. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 220. 1899.)

Als Definition des Begriffes Tumor, die allen Anforderungen genügt, schlägt Wh. folgende vor: Ein Tumor ist eine Masse von Zellen, Geweben oder Organen, die zwar auch im normalen Organismus vorhanden sind, als Tumoren jedoch eine atypische Anordnung haben; sie wachsen auf Kosten des Organismus, ohne eine für diesen nützliche Funktion zu besitzen.

Zur Benennung der Tumoren sind die Elemente maassgebend, die für das Wachsthum charakteristisch sind. Classifikation: a) Organ-Tumoren (Teratome, Dermoide und Schleimhautcysten); b) Gewebe-Tumoren; c) Zellen-Tumoren (Sarkom und Carcinom). W. Straub (Leipzig).

264. **A preliminary note on the experimental production of cancer**; by H. Lambert Lack. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 154. 1899.)

In Narkose wurde an einem Kaninchen ein Ovarium frei präparirt, von einer Schnittfläche milchiger Saft (freie Epithelien) abgestrichen und in innige Berührung mit dem Peritonaeum gebracht. Das Versuchsthier blieb fast 1 Jahr lang normal, wurde dann rasch kachektisch und nach 2 Monaten getödtet. Die Sektion ergab viele Tumoren in Mesenterium, Pleura, Mediastinum, Leber, Uterus; normal waren Milz, Nieren und Darm. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Alveolarräume mit ein- bis mehrfacher Umsäumung von Cylinderepithelzellen. Im Allgemeinen boten die Tumoren das Bild des Cylinderepithelkrebses mit dem speciellen Charakter des Ovarialcarcinoms. Carcinom soll sonst bei Kaninchen noch nicht beobachtet worden sein. Deshalb bringt L. die Tumoren in ursächlichen Zusammenhang mit dem experimentellen Eingriffe und zieht daraus folgende allgemeine Schlüsse: 1) Das Krebsepithel ist identisch mit normalem

Epithel des Körpers. Die Krebsepithelien stammen ab von prä-existirenden Epithelien, sie behalten die charakteristischen Eigenschaften der Elternzellen bei, und zwar sowohl im primären Tumor, wie in dessen Metastasen. 2) Es besteht ein Zusammenhang zwischen Krebs und Lymphapparat. Die Krebsalveolen sind in ihren Anfängen einfache Lymphräume in direktem Zusammenhange mit dem Lymphgefässsystem, in die eine normale, aus ihrem Verbande losgerissene Epithelzelle eingewandert. 3) Das beobachtete Carcinom war infektiös und die Epithelien selbst waren das inficirende Agens. W. Straub (Leipzig).

265. **Vorläufige Notiz über gewisse vom Krebs isolirte Organismen und deren pathogene Wirkung in Thieren**; von H. G. Plimmer in London. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 23. 1899.)

Bei 1278 Carcinomen wurden die Zelleneinschlüsse, die sich häufig fanden, dagegen nur selten zahlreich waren, untersucht, ihre Beziehung zu Ursache und Verlauf der Krankheit aufgesucht und festgestellt, dass sie den von Metschnikoff, Ruffer u. A. (auch von Pl.) als Parasiten angesehenen und beschriebenen ähnlich sind. Die Schlussfolgerungen dieser Beobachtungen sind folgende: 1) Dass es gewisse Krebse giebt, die sehr selten vorkommen und in denen Zelleneinschlüsse in sehr grosser Zahl vorhanden sind von der Art, die Ruffer, Plimmer u. A. als parasitische Protozoën beschrieben haben. Nach dem seltenen Vorkommen dieser Fälle und ihrem verhältnissmässig akuten Verlaufe ist man versucht zu glauben, dass sie nicht denselben Ursprung wie gewöhnlicher Krebs haben, aber es giebt in der That nicht mehr Unterschiede zwischen ihnen und dem gewöhnlichen Krebse, als wie zwischen akutem und chronischem Tuberkel. 2) Dass durch den Gebrauch von passenden Mitteln diese Zelleneinschlüsse ausserhalb des Körpers isolirt und cultivirt werden können. 3) Dass diese Culturen, wenn sie in gewisse Thiere eingespritzt werden, den Tod mit Produktion von Geschwülsten hervorrufen können, die bis jetzt, mit einer Ausnahme, von endothelialem Ursprunge sind, und dass reine Culturen von diesen Wucherungen gemacht werden können, die, in passende Thiere eingespritzt, ähnliche Geschwülste hervorbringen können.

H. Beschorner (Dresden).

266. **Zur Kenntniss des sogenannten Endothelkrebses der Pleura und der Mucormykosen im menschlichen Respirationsapparate**; von Dr. M. Podack. Aus der med. Klinik zu Königsberg. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 1. 1899.)

P. fand in 2 Fällen, in denen schon intra vitam die Wahrscheinlichkeitdiagnose auf primären Endothelkrebs gemacht wurde, bei der Sektion und mikroskopischen Untersuchung, dass es sich in der That um sogen. primäre Endothelkrebse handelte. P. giebt eine eingehende histologische Beschreibung des makro- und mikroskopischen Befundes des primären Geschwulstknotens und seiner Metastasen und schliesst sich der Ansicht der Autoren an, die den primären Endothelkrebs für eine echte Geschwulst halten; weiterhin tritt P. für den Namen Endothelkrebs ein und stellt einige wichtige Punkte für die Differentialdiagnose zusammen. Im 2. Falle fand sich eine Mucorart, die mit dem von Lichtheim zuerst beschriebenen Mucor corymbifer identisch ist und das Lungengewebe mit einem ausgedehnten Schimmelpilznetze durchzog.

H. Beschorner (Dresden).

267. **Zur Kenntniss des Endothelioms im Anschluss an ein Endothelioma lymphaticum ovarii**; von Max Herz in München. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 458. 1899.)

Wenn H. auch auf Grund seiner Untersuchungen der Ansicht Pick's, dass die Endotheliome Carcinome sind, Berechtigung zuspricht, so muss man seiner Ansicht nach die endgültige Entscheidung der Frage nach der Zugehörigkeit der Endotheliome der Zukunft überlassen, da bei den einander widersprechenden Befundangaben die Sachlage noch nicht genügend geklärt erscheint.

Das Einzige, was nach H. die Diagnose Endothelioma sicher stellt, ist der Nachweis der zugespitzten, kleinen Zellenstreifen im Bindegewebe, die absolut keine Endothelauskleidung zeigen. „Nur bei den vereinzelt liegenden, rosenkranz- oder bandartigen, sich nach beiden Enden zu verjüngenden Zellenreihen muss das absolute Fehlen von Endothelzellen constatirt werden. Est dann ist der autochthone Ursprung entschieden und die Benennung Endotheliom gerechtfertigt.“ Diese Anfangstadien sind zumeist in der Peripherie der Geschwulst gelegen.

Bei dem Endothelioma intravasculare sind nach H. Bilder erforderlich, die den Uebergang des normalen Blutgefässendothels in gewuchertes zeigen, oder Blutgefässe, deren Auskleidung völlig in Wucherung übergegangen ist.

H. giebt zum Schlusse die anatomische Beschreibung eines mannskopfgrossen, von einem 14jähr. Mädchen stammenden Endothelioma lymphat. ovarii. Die charakteristischen Befunde waren zunächst die kleinen, nach beiden Seiten sich verjüngenden, der Endotheleinkleidung baaren Zellenbänder im Bindegewebe des Stroma; dann war das Bindegewebe bald nesterartig durchsetzt, bald aber völlig verschwunden vor den andrängenden Parenchymzellen, die mit zunehmender Ausbreitung eine grössere Neigung zu Zerfall haben. Ausserdem erwähnt H. noch die scharfe, strenge Scheidung des Parenchyms und Stroma und das Fehlen jeder Intercellularsubstanz.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

268. **Ueber die Lymphgefässe und die regionären Lymphdrüsen des Magens in Rücksicht auf die Verbreitung des Magencarcinoms**; von Dr. A. Most. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 175. 1899.)

M. hat den *Lymphgefässapparat des Magens mit Rücksicht auf die Verbreitungwege des Carcinoms* mittels der Gerota'schen Injektionmethode an 22 Leichen untersucht. Es ergab sich, dass der Magen ein gewissermaassen in sich abgeschlossenes Lymphgebiet darstellt, dessen Abflusskanäle alle an den entsprechenden Blutgefässen liegen und dessen letzter Sammelpunkt in den Drüsen über dem Pankreas zu suchen ist. Für die Praxis ergiebt sich aus diesen Lymphgefässuntersuchungen die Nothwendigkeit einer möglichst ausgedehnten Resektion der Magenwandung nach der kleinen Curvatur hin, ja, wenn angänglich, eine möglichst vollständige Wegnahme derselben. Sind jedoch die Drüsen auf dem Pankreas bereits stärker geschwollen und in höherem Grade sicher krebsig infiltrirt, dann dürfte eine Radikalheilung durch die Operation, selbst wenn sonst die Bedingungen der Exstirpation günstig liegen sollten, schwerlich gelingen, denn dann sind auch schon die retroperitonäalen, an den grossen Bauchgefässen gelegenen Drüsen inficirt, die dem Messer des Chirurgen wohl nur schwer und unvollkommen zugänglich sind. P. Wagner (Leipzig).

269. **Zur Verbreitung und Prognose des Peniscarcinoms**; von Dr. H. Küttner. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 181. 1899.)

K. hat mittels der Gerota'schen Injektionmethode Untersuchungen über die *Lymphgefässe* und *Lymphdrüsen des Penis* angestellt und dabei gefunden, dass viele Lymphbahnen des Penis bestehen, die die Inguinaldrüsen umgehen und direkt in Lymphknoten einmünden, die im Innern des Beckens gelegen sind, und zwar zum Theil in bedeutender Entfernung von ihrem Ursprunggebiete. Da die Lymphbahnen der Vorhaut mit denen der Eichel, und diese wieder mit denen der Harnröhre zusammenhängen, so besteht bei jedem Peniscarcinom, von welchem Theile des Organs es auch ausgegangen sein mag, die Möglichkeit, dass eine der beschriebenen Bahnen benutzt wird.

Die *praktische Bedeutung* dieser Befunde ist für die *operative Therapie* ziemlich gering. Wir werden uns nach wie vor darauf beschränken müssen, ausser der Amputation des Penis eine gründliche Ausräumung sämmtlicher inguinalen und subinguinalen Drüsen auf beiden Seiten vorzunehmen. Leicht erreichbare Beckendrüsen sind um so eher mit zu exstirpiren, als sie die erste Station des Carcinoms in den Lymphdrüsen darstellen können und nicht schon der Ausdruck einer weit vorgeschrittenen Drüseninfektion zu sein brauchen.

Die *Prognose des Peniscarcinoms* ist im Allgemeinen eine der günstigsten; von 58 Operirten der Bruns'chen Klinik sind 59, 5% 3—29 Jahre geheilt geblieben. P. Wagner (Leipzig).

270. **Ueber die Beziehungen der Pigmentmäler zur Neurofibromatose**; von Dr. Soldan. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 261. 1899.)

Unter *Neurofibromatose* dürfte jene bindegewebige Wucherung der Nervenscheiden des peripherischen Nervensystems zu verstehen sein, die bald zur Entstehung der sog. falschen Neurome und des Rankenneuroms, bald zur Bildung der multiplen Fibrome und der Lappenelephantiasis der Haut führt.

Auf Veranlassung von v. Bergmann hat S. genaue histologische Untersuchungen über die *Neurofibromatose* angestellt und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Die Pigmentmäler sind in der Mehrzahl der Fälle die ersten dem Auge erkennbaren Merkmale eines fibromatösen Processes des Bindegewebes der Hautnerven. 2) Die Pigmentation ist wahrscheinlich eine Folge der Fibromatose des Nervenbindegewebes. 3) Die von Unna u. A. beschriebenen Naevuszellennester und -Stränge sind weder Epitheliome, noch Lymphangiofibrome, vielmehr Neurofibrome. 4) Aus dem fibromatösen Processe der Pigmentmäler entwickeln sich die als weiche Warzen, weiche Fibrome und Lappenelephantiasis beschriebenen Hautgeschwülste. 5) Der fibromatöse Process bleibt nicht nur auf die Nerven der Haut beschränkt, sondern kann sich an beliebigen Stellen des peripherischen Nervensystems äussern und so auch zur Bildung der sogen. falschen Neurome und zum Rankenneurom führen. 6) Die Formenverschiedenheit der Neurofibromatose ist durch Lokalisation, anatomische Verhältnisse und Wachsthumsenergie der Geschwulstelemente bedingt. Demnach hätten wir zu unterscheiden: A. *Neurofibrome der grösseren Nervenstämme, soweit sie noch ein deutliches Perineurium besitzen.* Dazu gehören: a) *falsche Neurome* (*Fibroneurome*), charakterisirt durch herdweise Wucherung an einzelnen Punkten der Nerven; b) *Rankenneurome* (plexiforme Neurome, Neuroma cirsoideum, Fibroma cylindricum), die Wucherung ergreift grössere Strecken der Nerven verhältnissmässig gleichmässig. B. *Neurofibrome der Nervenausbreitungen nach Verlust des Perineurium:* a) Zellennester und -Stränge der Naevi pigmentosi, Verrucae carneae oder molles, Fibromata mollusca, charakterisirt durch circumscripte Wucherungen in der Haut; b) Elephantiasis congenita neuromatodes, Pachydermatocele, Lappenelephantiasis; diffuse Wucherung im Bereiche des Ausbreitungbezirkes eines oder mehrerer grösserer Nervenstämme in der Haut. P. Wagner (Leipzig).

271. **Ueber die nach und während der v. Esmarch'schen künstlichen Blutleere eintretenden Gefässveränderungen und ihre physiologische Erklärung**; von Prof. A. Bier. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. 1899.)

B. weist von Neuem darauf hin, wie falsch die Anschauung ist, dass die sogen. reaktive Hyperämie nach künstlicher Blutleere durch Lähmung der Nerven hervorgerufen werde. Sie hat überhaupt mit den Nerven nichts zu thun, sondern es ist eine äusseren Körpertheilen eigenthümliche, automatisch wirkende Begabung, dass in ihren Gefässen bei einer Behinderung des Blutstromes eine Herabsetzung des Widerstandes eintritt, die die Hyperämie hervorruft. Diese reaktive Hyperämie nach künstlicher Blutleere entsteht durchaus nicht nur in Folge von Erweiterung der Arterien, sondern auch der Capillaren. Am stärksten zeigt sich diese Herabsetzung der Widerstände, wenn der Blutstrom vorübergehend ganz unterbrochen und dann wieder freigegeben wird. Diese Widerstandsherabsetzung ist keine Lähmung der Gefässe im gewöhnlichen Sinne; denn gegen stark verbrauchtes venöses Blut tritt sie nicht ein. Im Gegentheil, dieses reizt sogar Arterien und Capillaren zu Zusammenziehungen, die das verbrauchte Blut in die Venen befördern. P. Wagner (Leipzig).

272. **Experimentelle Untersuchungen über Phosphornekrose**; von Dr. L. v. Stubenrauch. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 144. 1899.)

v. St. hat bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden Versuche angestellt über die *Wirkung der Phosphordämpfe auf unverletzte und verletzte Knochen.* Auf Grund dieser Versuche, deren Einzelheiten noch später ausführlich mitgetheilt werden sollen, kommt er zu folgenden Schlüssen: *Phosphordämpfe üben bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden keinen specifischen reizenden Einfluss auf das blossliegende Periost aus.*

Ein der Phosphornekrose des Menschen analoges Krankheitbild lässt sich bei den zu Versuchszwecken geeigneten Thieren nicht erzeugen.

Die Phosphornekrose ist nach dem heutigen Stande unseres Wissens als eine specifische Krankheit des Menschen aufzufassen.

v. St. vertritt zum Schlusse die neueren Anschauungen Kocher's und Riedel's, dass die chronische Phosphorintoxikation *allein* die Nekrose nicht bedinge, sondern nur im Vereine mit Infektion zur Nekrose des Knochens führe, dass somit die Phosphorintoxikation nur die Disposition zur Nekrose liefere. Die Disposition selbst sucht v. St. in einer vielleicht auf Gefässveränderungen beruhenden besonderen Neigung zur Thrombose der Markgefässe des Kiefers, wofür eine von v. St. mitgetheilte Beobachtung sowohl, wie auch die Thatsache, dass anämische Individuen (Frauen nach grösseren Blutverlusten) besonders leicht der Kieferkrankheit zum Opfer fallen, spricht.

P. Wagner (Leipzig).

273. **Ueber eine eigenartige Form der nekrotisirenden Hepatitis**; von H. Curschmann. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 564. 1899.)

Auf Grund von 3 genau beobachteten und sowohl klinisch, als auch anatomisch eingehend beschriebenen Fällen kommt C. zu folgendem Ergebnisse:

Es giebt eine Form von nekrotisirender, meist vom Centrum der Leberläppchen (Umgebung der Centralvene) ausgehender Hepatitis, die in Folge ihrer Intensität und gleichmässigen Verbreitung über die ganze Leber, diese in so ausgedehnter Weise funktionsuntüchtig macht, dass ohne septische Erscheinungen, vorwiegend unter den Zeichen des fortschreitenden Marasmus als Ausdruck eines deletären Ausfalles „der inneren Lebersekretion“ der Tod eintritt.

Solche Processe schliessen sich an Verlegung der grossen Gallenwege, wohl am häufigsten durch Gallensteine an. Die Verlegungen sind dabei durchaus nicht dauernde. Sie können im Gegentheil vorübergehend und lange vor dem Tode schon gehoben sein, so dass es zu keiner Zeit der Krankheit zu sehr starkem Ikterus zu kommen braucht. Offenbar begünstigt dieser unvollkommene Abschluss sogar die wesentlichste Hülfschädigung: das Eindringen pathogener Mikroorganismen in die Gallenwege. Ob auch anderartig bedingte Verlegung (durch Geschwülste u. dgl. m.) die fraglichen Leberveränderungen machen können, ist noch nicht erwiesen, aber wahrscheinlich.

Dass Gallenstauung bei Entstehung der Leberzellennekrose eine wesentliche Rolle spielt, beweisen neben der Beobachtung des Beginnes und des Fortschreitens der mikroskopischen Veränderungen an den Leberläppchen die nie fehlende Erweiterung der Gallenwege bis in ihre feinsten interlobulären Verzweigungen, sowie die regelmässig zu Stande kommende und fast nur auf sie beschränkte starke Bindegewebewucherung in der Umgebung der letzteren.

In dem einen der beiden anatomisch genau beschriebenen Fälle erschien das ganze Leberparenchym durchsetzt von unzähligen rundlichen Herden von Hirsekorn- bis Stecknadelkopf- bis Pfefferkorngrösse. Nur vereinzelt fanden sich etwas umfangreichere Herde, deren grösster das Volumen einer Erbse, selbst Bohne erreichte. Die kleineren hirsekorn- bis stecknadelkopfgrossen Herde und die dazwischen liegenden grossen waren in annähernd gleicher Zahl und gleichmässiger Vertheilung über die gesammte Lebersubstanz vertreten. Mikroskopisch zeigten sich die in der Mitte der Leberläppchen um die quer oder schief angeschnittene, nicht erweiterte Centralvene herum liegenden Leberzellen deutlich contourirt, fahl, zum Theil etwas gequollen, körnig getrübt bei fehlenden Kernen. Die der Vene zunächst liegenden Zellen enthielten zahlreiche gelbliche Körner. In der Umgebung dieser veränderten Läppchen fanden sich die feinsten Gallengänge mehr oder weniger zum Theil bedeutend erweitert, durchweg leer, von einer breiten Zone meist kleinzellig infiltrirten Bindegewebes umgeben. Diese Bindegewebewucherung betraf keineswegs gleichmässig die Umgebung der Läppchen, hielt sich vielmehr nur an die Gallencapillaren, von deren Adventitia sie ihren Ausgang nahm.

In dem 2. Falle erschien die Lebersubstanz nach allen Richtungen im rechten eben so wie im linken Lappen fast gleichmässig durchsetzt mit zahllosen kleinsten gerade noch sichtbaren bis schrotkorn-, höchstens erbsen-

grossen rundlichen Herden, aus deren Mitte an vielen Stellen eine dunkelgelbbraune breiige Masse sich herausdrücken oder mit dem Messer hervorheben liess. An den grösseren Herden war nach Entleerung ihres Inhaltes schon mit blossem Auge eine unregelmässige fetzige Beschaffenheit der Wand festzustellen. In sich geschlossen zeigten sie nirgends Verbindung mit den Gallengängen. An einzelnen Stellen der Leber traten einige grössere bis haselnussgrosse, durch gelbrothe Farbe ausgezeichnete Herde über die Oberfläche hervor. Nach Entleerung ihres Inhaltes zeigten sie sich unregelmässig buchtig, ein Hinweis auf ihre Entstehung durch Zusammenfliessen kleiner Herde.

Auch hier erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung in der Mitte der kleinen Herde die Leberzellen als schollig entartet, braunroth oder dunkelbernsteingelb, zum Theil noch an ihre frühere Form erinnernd, zum Theil zerfallen und zu unregelmässigen Klumpen und Schollen zusammengeflossen. Alle erweiterten und gewucherten Gallengänge waren von einer ausserordentlich starken Bindegewebewucherung umgeben, die in der Umgebung der frischen Herde mehr in kleinzelliger Form, um die älteren herum mehr fibrillär wellig war.

Die nekrotisirenden Processe lassen sich ihrer Stärke und Verbreitung nach nicht durch Gallenstauung allein erklären. Augenscheinlich spielen dabei meist vom Darme aus in die Gallenwege eindringende pathogene Mikroorganismen, vor Allem wohl Bacterium coli, eine wesentliche unterstützende Rolle. Sie brauchen dabei durchaus keine eitererregende Wirkung zu haben. Ihre Toxinwirkung scheint sich vielmehr zuweilen darauf zu beschränken, die durch die Gallenstauung in ihrer Ernährung labil gewordenen Leberzellen dem definitiven Absterben entgegenzuführen.

Aufrecht (Magdeburg).

274. **Die Theorie der Gehirn- und Rückenmarks-Erschütterung**; von Prof. Tilmann. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 236. 1899.)

T. hat seine Untersuchungen über die *Theorie der Gehirn- und Rückenmarkserschütterung* fortgesetzt und theilt folgende Ergebnisse mit: 1) Die Hirnerschütterung kommt am häufigsten bei unverletztem Schädel vor und ist am meisten ausgesprochen, wenn beim Falle aus grosser Höhe oder auch zu ebener Erde der Kopf auf harten Boden aufschlägt. 2) Bei Gewalteinwirkungen auf den liegenden oder unterstützten Schädel, sowie beim Auffallen von Gegenständen auf den Kopf ist Gehirnerschütterung selten. 3) Bei einem Trauma, das den freischwebenden Schädel trifft, tritt Gehirnerschütterung fast stets ein, wenn die Gewalt dem Schädel mitgetheilt wird, sie kann aber fehlen, wenn der Schädel zerbrochen ist und selbst ausgedehnte Theile des Hirns zerstört sind.

Die *Commotio cerebri* ist *bedingt* durch eine Zerrung des Zusammenhanges der grauen und weissen Substanz des Gehirns, die in der Mehrzahl der Fälle mit capillären Apoplexien verbunden ist. Diese Schädigung beruht auf dem in Folge ihres verschiedenen specifischen Gewichts verschiedenen Beharrungsvermögen des Blutes, der grauen und der weissen Substanz. In Folge dieser Verschiedenheit des Beharrungsvermögens behalten die schwereren Theile, das Blut und die weisse Substanz eine ihnen mitgetheilte Bewegung bei plötzlicher Hemmung länger bei als die graue Substanz und brauchen andererseits längere Zeit, ehe sie durch eine Kraft aus ihrer Ruhelage gebracht werden. Die Folge ist eine Zerrung des Zusammenhangs, bez. eine Störung des Gleichgewichts der grauen und der weissen Substanz, sowie eine Zerreissung der feinsten Capillaren in Folge des Andrängens des Blutes gegen ihre Wandung. Diese Schädigung ist für die Commotio cerebri charakteristisch und fehlt in keinem Falle, in dem die angegebenen Bedingungen zutreffen.

Die anatomische Erklärung der *Commotio spinalis* ist ohne Weiteres durch die Anwendung der für die Commotio cerebri angenommenen Theorie gegeben.

P. Wagner (Leipzig).

275. **Beitrag zur Lehre von der akuten Poliomyelitis**; von Bülow-Hansen u. Francis Harbitz in Christiania. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 517. 1899.)

Während die Kliniker die Poliomyelitis anterior acuta, ähnlich anderen Rückenmarkskrankheiten, deren infektiöser Charakter sicher ist, wegen ihrer Symptome und ihres akuten Beginnes als eine Infektionkrankheit aufzufassen geneigt sind, herrscht unter den pathologischen Anatomen noch Uneinigkeit über die Frage, ob der Poliomyelitis anterior acuta ein primär parenchymatöser Process oder ein wesentlich interstitieller, an die Gefässe geknüpfter Process zu Grunde liegt, wenn auch die meisten neueren Untersuchungsresultate dahin gehen, dass die Degenerationphänomene sekundäre Processe darstellen.

Bei einer kleinen Epidemie (3 Geschwister, von denen 2 im akuten Stadium starben) konnten die pathologisch-anatomischen Verhältnisse genau studirt werden. Im Wesentlichen ergab die Untersuchung, dass die akute Poliomyelitis ant. eine Entzündung ist, die ihren Ausgang im Blute und in den Blutgefässen hat und die zu sekundärer Degeneration der Ganglienzellen führt. Die Vermuthung, dass es sich um eine Infektionkrankheit handle, wurde durch die Sektionbefunde auch insofern gestützt, als sich parenchymatöse Veränderungen im Myokardium, in der Leber, den Nieren, *Milzschwellung* und zugleich Enteritis nachweisen liessen. Ueber das eventuelle Virus und seine Eintrittspforte lässt sich mit Sicherheit noch keine Behauptung aufstellen, doch sind die Vff. der Meinung, dass man letztere am ehesten im Darmkanale zu suchen habe. Die bakteriologischen Untersuchungen blieben in beiden Fällen erfolglos und da bisher nur wenige und nicht eindeutige Untersuchungen derart vorliegen, so kann man sichere Schlussfolgerungen nicht machen. Vieles spricht aber dafür, dass das infektiöse Agens der akuten Poliomyelitis ant. von verschiedener Art ist und dass diese Krankheit auch durch eine

Intoxikation (vielleicht vom Darmkanale aus) bedingt sein kann. H. Beschorner (Dresden).

276. **Plötzlicher Tod durch einen freien Hirn-Cysticercus**; von Pförringer in Halle. (Fortschr. d. Med. XVI. 11. 1898.)

Bei einem 17jähr. Lehrlinge traten, nachdem er kurz vorher über Kopfschmerzen geklagt hatte, plötzlich epileptiforme Anfälle ein und der Kr. starb. Bei der *Sektion* fanden sich die Gyri abgeplattet, die Sulci verstrichen. Die Ventrikel waren dilatirt und enthielten in ziemlicher Menge eine leicht blutige Flüssigkeit. Vor dem Aquaeductus Sylvii befand sich eine kirschengrosse gelbe Cysticercusblase, die zu einem Stiele ausgezogen war, der das Lumen des Aquaeductus ausfüllte und noch in den 4. Ventrikel hineinragte. Ein Bandwurmkopf war nicht nachzuweisen. Die plötzlich auftretenden schweren Erscheinungen finden, da in Folge der Einklemmung der Blase der Abfluss des Liquor cerebrospinalis behindert war, durch den Hirndruck ihre Erklärung. Mikroskopische Schnitte ergaben eine starke Wucherung der Glia, in deren Innerem cystische, mit niedrigem Epithel ausgekleidete Hohlräume lagen. Entstehung und Erklärung letzterer werden genau besprochen.

Forstmann (Dresden).

277. **Experimentelle Untersuchungen über Nervenzellenveränderungen nach Säureintoxikation und Inanition**; von Dr. Erich Müller und Dr. Manicatide. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 377. 1898.)

Vff. versuchten die von ihnen bei magendarmkranken Säuglingen gefundenen Veränderungen der Nervenzellen experimentell am Thiere zu erzeugen. Sie vergifteten zu diesem Zwecke Kaninchen mit verschiedenen Säuren (mit Rücksicht auf die Czerny'sche Theorie), liessen Meerschweinchen und Katzen an Inanition zu Grunde gehen und untersuchten das Rückenmark der Thiere nach der Methode von Nissl. Es fand sich, dass nur die mit Buttersäure und α-Oxybuttersäure getödteten Thiere, sowie namentlich die verhungerten Meerschweinchen Zellenveränderungen darboten, die mit denjenigen der Säuglinge zu vergleichen sind. Bei den verhungerten Katzen waren keine Veränderungen zu bemerken. Es sind daher die Befunde am Menschen durch die ausgeführten Versuche nicht hinreichend aufgeklärt.

Brückner (Dresden).

278. **Untersuchungen über den Ammoniakgehalt des Blutes bei der experimentellen Säurevergiftung**; von Dr. Konrad Gregor. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 1. p. 24. 1899.)

Die Thierversuche, die G. an Hunden bei gemischter Kost anstellte, ergaben, dass der Ammoniakgehalt des kreisenden Schlagaderblutes durch eine Säurevergiftung (HCl) *nicht erhöht* wurde. Die von G. gefundenen Ammoniakwerthe stimmten mit den von Salaskin gemachten Bestimmungen gut überein. Radestock (Blasewitz).

279. **Ueber die Kalk- und Magnesiaausscheidung beim Diabetes mellitus und ihre Beziehung zur Ausscheidung abnormer Säuren (Acidose)**; von Dietrich Gerhardt und Wilhelm Schlesinger. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 1. p. 83. 1899.)

Auf die Thatsache gestützt, dass nach Zufuhr von Natrium bicarbonicum beim normalen Menschen ein Absinken der Ausfuhrwerthe von Ammoniak erscheint, untersuchten G. u. Sch. am Diabetiker und am normalen Menschen die Kalk- und Magnesiumausscheidung mit und ohne Zufuhr von Natrium bicarbonicum. Die Versuchsperson (in 2 Fällen ein Diabetiker, dessen Zuckerausscheidung durch Fleisch-Fettdiät auf eine geringe Menge reducirt war, im Controlversuche eine normale Person mit Diabetikerkost) bekam in drei Perioden 4 Tage lang 20.0 Natr. bicarb., das in einer darauffolgenden 8tägigen Periode wegblieb, um in der 4tägigen Nachperiode wieder gereicht zu werden. Die Normalperson und der Diabetiker im ersten Versuche befanden sich im ungefähren Stickstoffgleichgewicht. Für den Diabetiker ergab sich eine absolute Steigerung der täglichen Kalkausfuhr an den Alkalitagen fast auf das Doppelte der Vorperiode, während die Ausscheidung der Nachperiode auf die Werthe der Vorperiode zurücksank; dazu laufen parallel die Werthe der Ammoniakausscheidung. An der normalen Person ergab der Versuch ein bedeutendes Zurückstehen der absoluten Kalkwerthe gegenüber denen des Diabetikers (0.126 CaO gegenüber 0.494 CaO des Diabetikers an den ersten Versuchstagen). Die Ammoniakzahlen des Diabetikers waren denen des Normalen gleichfalls um das Mehrfache überlegen. Die Natr.-bicarb.-Entziehung bewirkte bei der Normalperson eine mit der Kalk- und Ammoniakausscheidung des Diabetikers parallel gehende Steigerung an den Versuchstagen, die jedoch die absoluten Werthe der Ausscheidung des Diabetikers nicht erreichte. Die durch die reine Fleisch-Fettdiät auch an der normalen Person erzeugte Acidose (die Person hatte neben den bedeutenden Ammoniakmengen auch Aceton, Acetessigsäure und β-Oxybuttersäure im Harne) konnte durch die Natr.-bicarb.-Gaben unterdrückt werden. Gesammt-Stickstoff- und Kalkausscheidung verliefen nicht parallel. Beim Diabetiker hatte die Entziehung des Natr. bicarb. deutliche Steigerung der Gesammtstickstoffmenge zur Folge; da bisher N-Gleichgewicht bestand, wurde also durch die Alkaligabe der vermehrte Eiweisszerfall hintangehalten. Mit der Steigerung des Eiweisszerfalls ging gleichzeitig eine Steigerung der Zuckerausscheidung vor sich.

Während der ersten und dritten Periode war bei der Normalperson mehr, während der Natr.-bicarb.-Periode weniger Kalk ausgeschieden worden, als der Norm entspricht, in Uebereinstimmung damit war das Verhältniss $N:P_2O_5$ im 1. Falle zu eng ($N:P_2O_5 = 7:1$), im andern zu weit (9.4:1), der Normalwerth bei Fleischnahrung liegt mit 8.1 in der Mitte zwischen beiden.

Beim Diabetiker waren diese Verhältnisse entsprechend den quantitativen Verschiebungen weniger prägnant. Der hauptsächliche Ort der Kalkausscheidung ist normaler Weise die Darmschleimhaut. Nur etwa 10—30% des eingeführten Kalkes gehen mit dem Harne ab. Kalkanalysen des Kothes ergaben nun für den Diabetiker umgekehrt im Harne die maximale Ausfuhr von 67% des eingeführten Kalkes an den Tagen, wo kein Natr. bicarb. gegeben wurde, an den Tagen der 1. und 3. Periode erschienen immerhin noch 41%. G. u. Sch. vermuthen, dass die Gegenwart organischer Säuren im Blute, die mit Kalk leicht lösliche Verbindung eingehen, und gleichzeitiger Alkalimangel die Kalkausscheidung in den Dickdarm beeinträchtigen und so zur Steigerung der Kalkausfuhr im Harne führen.

Aus der Bestimmung des eingeführten Kalkes lässt sich ein tägliches Kalkdeficit von mindestens 0.4 g berechnen, zu dessen Deckung die Knochensubstanz eingerissen worden sein muss.

Während in der Norm die Kalkmenge des Harns etwa die Hälfte der gleichzeitig ausgeschiedenen Magnesiamenge darstellt, scheidet der Diabetiker 2—3mal so viel Kalk als Magnesia aus. Da an den alkalifreien Tagen beim Diabetiker procentisch und absolut weniger Magnesia als Kalk ausgeschieden wird, nehmen G. u. Sch. eine Retention der durch den Knochenzerfall frei gewordenen Magnesia im Organismus an.

Die Beobachtung, dass durch reine Fleisch-Fettdiät auch bei gesundem Körper Aceton, Acetessigsäure und β-Oxybuttersäure im Harne auftreten, konnten G. u. Sch. auch durch Selbstversuche qualitativ bestätigen.

W. Straub (Leipzig).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

280. **Die Wirkung des Weingeistes auf die Athmung des Menschen**; von Dr. H. Wendelstadt. (Arch. f. Physiol. LXXVI. 5 u. 6. p. 223. 1899.)

W. lässt die Versuchspersonen vor und nach Genuss verschiedener Mengen von Alkohol und verschiedener alkoholischer Getränke durch eine genaue Gasuhr 10 Minuten lang ausathmen. Alle 30 Sekunden eine Ablesung, daraus wird die Mittelzahl bestimmt (Methode angegeben von Geppert: Arch. f. experim. Pathol. XXII. 1886). Resultate: Mässige Gaben Weingeist steigerten die Athmung in den meisten Fällen bei dem nicht ermüdeten Menschen, wenn auch oft nur in geringem Grade; sie steigerten die Athmung in allen Fällen und oft bedeutend bei dem ermüdeten Menschen. Die Wirkung war am deutlichsten, wenn der Alkohol in Form eines bouquetreichen Weines aufgenommen wurde. Da Fieber und Schwächezustände der Ermüdung sehr ähnlich sind, rechtfertigt das Experiment die therapeutische Verwendung des Weines. W. Straub (Leipzig).

281. **Mittheilungen zur Athmungslehre.** *I. Versuche zur Kenntniss der Wirkung des Diacetylmorphin (Heroin)*; von M. Lewandowsky. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 560. 1899.)

L. unternahm eine experimentelle Nachprüfung der Dreser'schen Versuche (Arch. f. Physiol. LXXII. p. 485. 1898). Seine Ergebnisse modificiren die Dreser'schen Folgerungen in einigen Punkten. L. konnte Dr.'s Angaben über Vertiefung der Inspiration nach Heroin nicht bestätigen, fand vielmehr eine Verlängerung der exspiratorischen Pause; die Athemgrösse, also die in der Zeiteinheit aufgenommene Luftmenge, sinkt nach Heroin, was auch Dr. angiebt. Die Erregbarkeit des Athemcentrum gegenüber dem Kohlensäurereiz soll bedeutend gesunken sein, deshalb hält L. das Heroin für ein specifisches Narkoticum für den Athemapparat. W. Straub (Leipzig).

282. **Ileus und Atropin**; von Dr. Batsch. (Grossenhain 1899. 8. 23 S.)

B. verwirft die Opium-Behandlung des Ileus, die die Gefahr der Verwachsung von Darmschlingen mit sich bringe, empfiehlt dagegen besonders beim sog. dynamischen Ileus Atropininjektionen in mehrfacher Maximaldosis, die durch Reizung der motorischen Fasern im Splanchnicus zum Wiederauftreten der Peristaltik und damit zur Kothentleerung führen sollen. Mittheilung von casuistischen Belegen. W. Straub (Leipzig).

283. **Zur Behandlung des asthmatischen Anfalles**; von Prof. Franz Riegel. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41. 1899.)

Von der Annahme ausgehend, dass das Bronchialasthma eine „Neurose“ ist, „die auf der Bahn des Vagus verläuft“, hat R. im Anfalle ½—1 mg Atropin unter die Haut gespritzt und davon gute Erfolge gesehen. Es bildet diese Art der Darreichung gewissermaassen eine Ergänzung zu der alten Empfehlung des Atropins als Antiasthmaticum von Trousseau (vgl. C. v. Noorden, Jahrbb. CCLXI. p. 14). Dippe.

284. **Experimentelles und Klinisches über Scopolamin (Hyoscin)**; von Franz Windscheid. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. 3. p. 277. 1899.)

W. hat das Scopolaminum hydrobromatum (Merck) mit befriedigendem, wenn auch nicht gleichmässigem Erfolge bei Paralysis agitans und bei Hyperhidrosis, vor Allem bei Nachtschweissen der Phthisiker, angewendet. In ersterem Falle wurde das Mittel subcutan in der Dosis von 1—3 Decimilligramm 3—5mal wöchentlich, in letz-

terem Falle zu 2, unter Umständen auch 4 Decimilligramm in Pillenform verordnet.

Aufrecht (Magdeburg).

285. **Ein Beitrag zur Behandlung der Malaria mit Methylenblau**; von Ollwig. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 317. 1899.)

O. berichtet über 8 Malariakranke, die im Berliner Institut für Infektionskrankheiten mit Methylenblau behandelt wurden. Anfangs wurde Merck'sches Methylenblau, später Neu-Methylenblau gegeben, theils in Kapseln, theils in Pillen, in Tagesdosen von 1 g. Im Allgemeinen wurde das Mittel gut vertragen, die anfangs auftretenden Harnbeschwerden wurden durch reichliches Einnehmen von geriebener Muscatnuss beseitigt. Am besten bewährte sich die Darreichung in der fieberfreien Zeit, wobei oft die ganze Tagesdosis innerhalb einiger Stunden gegeben wurde. Die Temperatur ging bald nach dem Beginne der Methylenblaukur herunter, während die Parasiten langsamer aus dem Blute schwanden. In der Verhütung von Recidiven ist das Methylenblau dem Chinin nicht gleichwerthig; bei 2 Kranken stellten sich schon während der Kur Rückfälle ein. Es ist aber nach dem Chinin das beste Antimalaricum und empfiehlt sich für Fälle, in denen wegen der Disposition zu Schwarzwasserfieber das Chinin verboten ist.

Woltemas (Diepholz).

286. **Ueber die Ausscheidung des Methylenblau durch die Nieren**; von Dr. Friedrich Müller in Freiburg i. B. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 130. 1899.)

M.'s Arbeit enthält im ersten Theile chemische Untersuchungen über das Methylenblau und den Methylenblauharn. Von den klinisch bemerkenswerthen Thatsachen ist hervorzuheben, dass bei gesunden Nieren die Ausscheidung des per os gegenommenen Methylenblaues nach 20 Minuten beginnt, nach 1$^3/_4$ Stunden am grössten ist und dann abnimmt. Die Dauer der Ausscheidung beträgt annähernd 100 Stunden. Bei chronischer parenchymatöser Nephritis ist die Ausscheidung beschleunigt, bei chronischer interstitieller Nephritis verlangsamt. Eine einfache Erklärung dieser Erscheinung giebt es zur Zeit noch nicht, doch glaubt M., dass die genaueste Untersuchung möglichst vieler einschlägiger Fälle die Diagnostik der Nierenkrankheiten wesentlich fördern könne.

H. Beschorner (Dresden).

287. **Beitrag zur Kenntniss der Stypticinwirkung**; von Dr. Edmund Falk in Berlin. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 484. 1899.)

Das Stypticin regt den Uterus nicht zu Zusammenziehungen an, es bewirkt auch nicht wie das Hydrastinin eine Verengerung der Gefässe, es wirkt nur als Narkoticum und ist in demselben Sinne blutstillend wie Opium, Hyoscyamus, Belladonna unter gewissen Umständen auch. Dementsprechend hilft es nur bei schmerzhaften Blutungen, denen keine groben anatomischen Veränderungen zu Grunde liegen und dementsprechend wirkt es rein symptomatisch so lange es angewandt wird, eine Heilwirkung auf irgend welche Erkrankungen des Uterus und seiner Anhänge hat es nicht.

Dippe.

288. **Arsen und Thyreoideapräparate**; von C. A. Ewald in Berlin. (Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. 1899.)

Dass die Thyreoideapräparate bei Myxödem, bei der Cachexia strumipriva und bei der „idiopathischen“ Struma helfen, ist nicht mehr zu bestreiten. Zweifelhaft liegen die Verhältnisse bei der Fettleibigkeit und bei der Psoriasis. E., der hier neben Misserfolgen doch auch ganz auffallend günstige Wirkungen gesehen hat, meint, es könnte sich in diesen letzteren Fällen vielleicht um ein besonderes Daniederliegen der Schilddrüsenthätigkeit gehandelt haben. Man wird im einzelnen Falle suchen müssen festzustellen, ob eine „Hypothyreoidie“ vorliegt, ist das der Fall, dann haben die Schilddrüsenpräparate gute Aussichten.

Die Gefährlichkeit der Schilddrüsenpräparate scheint E. bei einiger Vorsicht nicht allzu gross. Durch die Mittheilung von Mabille in Reims angeregt, hat er einige Male neben dem Jodothyrin Arsenik gegeben und hat entschieden auch den Eindruck gewonnen, dass man damit den bekannten unangenehmen Erscheinungen vorbeugen kann.

Dippe.

289. **Pharmakotherapeutische Bestrebungen bei Herzkrankheiten**; von E. Stadelmann. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 129. 1899.)

St. hat mehrere Stoffe als Heilmittel bei Herzkranken geprüft, von denen man weiss, dass sie das Herz beeinflussen und die zum Theil auch bereits als Herzheilmittel empfohlen worden sind: *Erythrophleïn, Atropin, Nicotin, Pilocarpin, Hyoscin, Physostigmin.* Leider sind seine Ergebnisse sehr ungünstige. Alle diese Mittel sind unzuverlässig und gefährlich, irgend eine stärkere Einwirkung auf das menschliche Herz haben sie erst bei Dosen, die die unangenehmsten und bedenklichsten Nebenerscheinungen hervorrufen. St. warnt selbst vor weiteren Versuchen mit diesen als Herzmittel unbrauchbaren Stoffen. Dippe.

290. **Zur Bromoformbehandlung des Keuchhustens**; von Dr. E. Feer in Basel. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIX. 19. 1899.)

F. ist sehr vom Bromoform eingenommen und meint, dass die Misserfolge wohl meist in zu ängstlicher Darreichung ihre Ursache gehabt haben möchten. Er räth, 3—4mal täglich a + 2—4 Tropfen reines Bromoform zu geben, wobei a das Lebensjahr bedeutet. Bei Kindern von 6—12 Monaten

beginnt er mit 3mal täglich 2—3 Tropfen, bei noch jüngeren Kindern mit 3mal täglich 1—2 Tropfen. „Ueber 50 Tropfen am Tage liess ich auch grosse Kinder nie nehmen, Erwachsene dagegen bis zu 70—80 Tropfen.“ Das Bromoform muss in dunkelem Tropfglase verschrieben und bei dem Austropfen der Stöpsel nur um Haarbreite geöffnet werden. Die Flasche ist nach dem jedesmaligen Gebrauche gut zu verwahren.

Unangenehme Wirkungen hat F. nie gesehen — sobald die Kinder schläfrig werden, geht man mit der Dosis zurück —, wohl aber auffallende Erfolge, namentlich besserte sich oft das Allgemeinbefinden ganz ausserordentlich schnell.

Dippe.

291. **Ist Chloroform ein Bandwurmmittel?** von Otto Leichtenstern in Köln. (Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. 1899.)

L. beantwortet diese verschiedentlich bejahte Frage entschieden mit *nein!* Gegen Taenia vaginata hilft das Chloroform nichts, gegen Taenia solium hilft es wohl, muss aber in grossen Mengen mindestens zu 4 g gegeben werden und erzeugt dann gelegentlich sehr bedenkliche Erscheinungen: Schwindel, Kopfweh, Schlafsucht, Schwächezustände u. s. w. Dippe.

292. **Die Glycerinbehandlung der Nephrolithiasis**; von Dr. August Herrmann. (Verhandl. d. XVII. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. p. 519.)

H. hat das Glycerin bereits früher bei Nephrolithiasis empfohlen und wiederholt diese Empfehlung auf Grund andauernd guter Erfolge. Er beginnt mit Gaben von 40—60 g und steigt, wenn nöthig, bis etwa 130 g. Man löst das Glycerin in der gleichen Menge Wasser und setzt etwas Tinct. cort. aurant. zu; die ganze Portion muss auf einmal genommen werden. Zu befürchten sind Durchfälle, Kopfschmerzen, Mattigkeit.

Die Wirkung des Glycerin ist eine physikalische, es wird zu einem guten Theil durch die Nieren unverändert ausgeschieden, glättet die Schleimhaut der Harnwege, ölt sie gewissermaassen ein und befördert und erleichtert damit den Abgang nicht zu grosser Conkremente. Dippe.

293. **Die Behandlung des Schweissfusses**; von Dr. Richard Adler in Prag. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 1899. Therap. Beilage.)

Falls keinerlei Macerationerscheinungen, weder Röthe, noch Wundsein, bestehen, empfiehlt A. am meisten die Einpinselung der Sohle mit einer 40proc. Formalinlösung. (Man hüte sich und den Kranken vor den reizenden Formalindämpfen.) Ist die Haut zwischen den Zehen zu empfindlich, so bestreue man sie täglich mit Tannoform, das sich auch am besten zur Behandlung etwaiger Macerationerscheinungen eignet. Dippe.

294. **Zur Anwendung des Naftalan**; von Dr. Friedeberg in Magdeburg. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 31. 1899.)

Fr. stimmt der Empfehlung des Naftalan „bei den in das Gebiet des Ekzems fallenden Hautkrankheiten“ unbedingt zu; bei Akne nützt es nichts, bei Psoriasis und Ulcus cruris nicht allzu viel. Bei Gelenkrheumatismus ist es nach Fr. nicht viel werth, eher schon bei Pleuritis; auffallend günstig wirkte es in 3 Fällen von Epididymitis. Dippe.

295. **Ueber die Wirkung des Protargols bei Erkrankungen und Verletzungen der Haut**; von Dr. Floret in Elberfeld. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 1899. Therap. Beilage.)

Fl. hat das Protargol in 5—10proc. Salbe bei zahlreichen verschiedenen Verletzungen der Haut mit bestem Erfolge angewandt. Stets, namentlich auch nach Verbrennungen verschiedenen Grades, überhäutete sich die Wunde ohne alle unangenehmen Erscheinungen auffallend schnell und bildete sich eine gute feste Narbe. Ebenso Gutes sah Fl. bei Beingeschwüren, bei manchen chronischen Ekzemen und in einem Falle von Scrophuloderma. Bei Lupus nützte das Mittel nichts. Dippe.

296. **Studie zur inneren Anwendung des Protargols**; von Dr. J. Ruhemann in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 1899. Therap. Beilage.)

Die bekannte Thatsache, dass das Protargol in wässeriger Lösung weder durch Eiweiss, noch durch Chlornatrium, weder durch verdünnte Salzsäure, noch durch Natronlauge gefällt wird, seine reizlose Wirkung lassen es als zur inneren Anwendung ganz besonders geeignet erscheinen. Man wird es in der Hauptsache überall da geben, wo man bisher den Höllenstein anwandte. R. hat es bei geschwürigen Processen in Magen und Darm (einschliesslich des Krebses), sowie bei Durchfällen unbekannter Natur erprobt und durchaus bewährt gefunden. Man giebt es zu 0.1 in Pillen, 3mal täglich vor dem Essen 2 Pillen. R. hat das Protargol auch gegen einige innere Erkrankungen gonorrhoischen Ursprunges und in einem Falle von Tabes gegeben. In dem letzteren Falle, in dem das Protargol entschieden zu helfen schien, trat nach dem Einnehmen von mehr als 100 g eine deutliche Argyrosis auf, ein Zeichen dafür, dass es im Körper wenigstens theilweise zu einer Spaltung des Silbereiweiss kommt. Dippe.

297. **Protargol, ein neues Silberpräparat**; von Dr. Emmert in Bern. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIX. 19. 1899.)

Nach langer Anwendung des Protargol, namentlich bei den verschiedensten *Augenleiden,* ist E. ein grosser Verehrer dieses Mittels geworden. Er wendet es vielfach etwas anders und in stärkeren Concentrationen an, als es bisher üblich war.

Bei akuter katarrhalischer Conjunctivitis bewährte sich am besten das feste Aufbinden von mit 5—20proc. Protargol-Vaseline dick bestrichenen, mehrfach zusammengelegten Leinwand- oder Baumwollenläppchen. Bei subakuten und chronischen Katarrhen kann man ähnlich vorgehen. In 5 Fällen von Blennorrhoea neonatorum wirkte das Protargol, in 3proc. Lösung eingeträufelt und als 5proc. Salbe aufgestrichen, ganz vortrefflich. Es hat hier dadurch, dass es sehr frühzeitig angewendet werden kann und kräftig in die Tiefe wirkt, entschiedene Vorzüge vor dem Höllenstein; auch als Prophylacticum könnte es in 5—10proc. Lösung diesen gut ersetzen. Bei Phlyktänen, bei Frühjahrskatarrhen, bei dem Heukatarrh, bei ekzematöser Keratitis, bei mykotischen Hornhauterkrankungen, bei Blepharitis, bei Dakryocystoblennorrhöe — stets leisteten 5—20proc. Salben vortreffliche Dienste. Auch bei Erysipel, bei Verbrennungen, bei luetischen Erkrankungen und bei Coryza hat E. gute Erfolge gehabt. Dippe.

298. **Ueber die Anwendung des Protargols in der Augenheilkunde**; von Dr. E. Praun in Darmstadt. (Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 129. 170. Mai, Juni 1899.)

Pr. hat seit $1^1/_2$ Jahren das Protargol (meist 5—10proc.) in der Form von Umschlägen, Einträufelungen, Salben und zur Durchspülung der Thränenwege benutzt und empfiehlt dieses Mittel gerade da, wo bisher das Argentum nitricum regelmässig angewendet wurde, als diesem letzteren in vieler Hinsicht weit überlegen. Hat doch seine Anwendung schon vor Allem den grossen Nutzen voraus, dass es nicht wie das Argent. nitr. in vielen Fällen anstatt zu nützen nur schadet. Der Ref. freut sich sehr, dass wieder einmal ein Praktiker es ausspricht, dass die von v. Gräfe eingeführte und seitdem ex cathedra überall als unentbehrlich eingeschärfte Anwendung des Argent. nitr. für die allgemeine Praxis, also ausserhalb der Klinik, gar nicht leicht ausführbar ist und darum sehr oft verderblich sein muss. Pr. führt die einzelnen behandelten Krankheiten des Auges und die Anwendung des Protargols in verschiedenen Receptformen näher an. Lamhofer (Leipzig).

299. **Ueber die Verwendung des Protargol an Stelle des Argentum nitricum bei der Credé'schen Einträufelung**; von Dr. F. Engelmann in Bonn. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 30. 1899.)

E. wandte bei seinen Versuchen 20proc. Lösung an und verfügt über 100 Fälle ohne Auswahl.

Bei 27% der Neugeborenen fand sich gar keine Sekretion, bei 52% war die Sekretion am 2. Tage erloschen und nur bei 24% dauerte die Sekretion länger als 1 Tag (bei nur 4% bis zum 4. Tage). Bei diesen Früchten war eine erhöhte Disposition vorhanden (Frühgeburten, protrahirte Zangengeburten). Nie wurde Sekundärkatarrh beobachtet.

Da das Protargol auch noch andere, mehr nebensächliche Annehmlichkeiten vor dem Argentum nitricum voraus hat, so ist seine Anwendung nur zu empfehlen. Glaeser (Danzig).

300. **Ueber Argyrose**; von Dr. M. Menzel in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 20. p. 544. 1899.)

In der Klinik von v. Schrötter wurde ein Mann $9^1/_2$ Jahre lang wegen chronischer Pharyngitis und Laryngitis lokal mit 5—10proc. Lösung von Arg. nitricum gepinselt. Es bildete sich, ohne dass der Mann je innerlich Arg. nitr. genommen hatte, ausser starker lokaler auch eine allgemeine graue Verfärbung der Haut, besonders der von der Kleidung unbedeckten Stellen, Gesicht und Hände. Blieb der Kr. länger als 2 bis 3 Wochen aus der Behandlung, so traten bei ihm ähnlich wie bei Morphinisten nervöse Abstinenzerscheinungen auf; er behauptete sogar, dass ihn dann Fieber befalle!

Die stärkere Bräunung an Gesicht und Händen erklärt M. als Folge des Einflusses der Sonne und der Reduktion des in den Geweben abgelagerten Chlorsilbers und Serumalbuminates. Eine allmähliche Abblassung beim Aufhören neuer Einverleibung von Arg. nitr. ist möglich. Lamhofer (Leipzig).

301. **Asterol als Antisepticum im Vergleich zum Sublimat**; von M. Vertun. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 20. 1899.)

Steinmann hat das *Asterol* (paraphenolsulfosaures Quecksilber-Ammonium-Tartrat) als ein nahezu ideales Antisepticum empfohlen, das vor dem Sublimat die wesentlichen Vorzüge hat, dass es Eiweisslösungen nicht fällt und die Instrumente nicht angreift.

V. hat das *Asterol* nachgeprüft und gefunden, dass man eine 7prom. Asterollösung anwenden muss, um eine der 1prom. Sublimatlösung entsprechende desinficirende Wirkung zu erzielen. Auch die angeblichen Vorzüge, Eiweiss aus seinen Lösungen nicht zu fällen und die Instrumente nicht anzugreifen, fand V. nicht bestätigt. Er schliesst: *Das Asterol besitzt keinen nennenswerthen Vorzug vor dem Sublimat.* P. Wagner (Leipzig).

302. **Ueber die Xeroformbehandlung bei Hauterkrankungen der Kinder**; von Dr. Nikolaus Berend. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 281. 1898.)

B. hat Xeroform an Stelle von Jodoform in über 200 Fällen bei Kindern angewendet und sich davon überzeugt, dass es ungiftig und sehr brauchbar ist. Nur wo es sich um Beförderung der Granulationenbildung handelt, vermag es das Jodoform nicht zu ersetzen. Es bewährte sich besonders bei nässenden Ekzemen, Intertrigo, Störung der Nabelheilung, Eczema impetiginosum, Rhinitis scrophulosa, Eczema narium, Otitis externa eczematosa und Otitis media purulenta chronica. Die Anwendung geschieht am besten nach sorgfältiger Reinigung der erkrankten Partien in Form von Streupulver (dünne Schicht!) oder 5proc. Salbe. Brückner (Dresden).

303. **1) Versuche über das Eindringen gelöster Substanzen durch Diffusion in die vordere Augenkammer nach Injektion unter die Bindehaut**; von Dr. C. Addario in Catania. (Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 362. 1899.)

2) Ueber den Nachweis von Quecksilberchlorid im Humor aqueus nach Injektion unter die Bindehaut; von Dr. Addario. (Ebenda p. 375.)

1) Die Untersuchungen von A., die in der Universität-Augenklinik in Heidelberg unternommen wurden, lieferten an Kaninchen folgendes Ergebniss: Unter die Bindehaut eingespritzte Kalisalze (Ferrocyankalium und Jodkalium) gehen durch Diffusion in das Kammerwasser über, nach Verlauf einer Zeit, die von 5—10 Minuten schwankt. Das Maximum des Procentgehaltes im Kammerwasser wird nach 1 Stunde erreicht. Der eingespritzte Stoff lässt sich im Kammerwasser noch 2—3 Stunden nach der Einspritzung nachweisen. Die in die vordere Kammer übergehende Menge des Salzes nimmt mit der Stärke des Gehaltes der eingespritzten Flüssigkeit ab. Ein Gehalt an dem injicirten Stoffe lässt sich noch bei Anwendung einer Ferrocyankaliumlösung von 1:300 und einer Jodkaliumlösung von 1:500 nachweisen; bei Lösungen von 1:1000 lässt sich durch chemische Einwirkung kein Gehalt des Kammerwassers an den eingespritzten Stoffen mehr erkennen. Die unter die Bindehaut des vorderen Abschnittes, 3—4 mm vom Limbus corneae gemachten Einspritzungen ergeben mit nur unerheblichen Schwankungen die gleiche Diffusion in die vordere Kammer wie die am Aequator gemachten.

2) Nach Sublimat-Einspritzungen war der Procentgehalt des Quecksilberchlorids im Kammerwasser, falls überhaupt Spuren davon noch nachzuweisen waren, sicher geringer als 1:100000. Da nun die unter die Bindehaut gespritzten Stoffe überhaupt nur kurze Zeit im Kammerwasser nachzuweisen sind, so ist der etwa anzunehmende antiseptische Werth gleich Null. A. meint, dass es nunmehr Sache der Klinik sei, den therapeutischen Werth der subconjunctivalen Sublimat-Injektionen festzustellen. Nach den Berichten in der letzten Zeit über diesen Gegenstand stimmt auch die klinische Erfahrung über den Werth dieser Einspritzungen bereits mit den Befunden von A. überein.

Lamhofer (Leipzig).

304. **Die Nitronaphthalin-Trübung der Hornhaut — eine Gewerbekrankheit**; von Dr. Victor Hanke. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 27. 1899.)

Bei 2 Arbeitern, die in einer Nitronaphthalin-Fabrik beschäftigt waren, wurden in der Augenklinik von Prof. Fuchs ganz eigenartige, nicht entzündliche Veränderungen der Hornhaut gefunden. In beiden Hornhäuten war eine querovale, centrale, nicht scharf begrenzte Trübung, die bei Lupenvergrösserung sich als zusammengesetzt aus kleinsten, dicht gelagerten Bläschen in einem gleichmässig graugrünlichen Grunde zeigte. Recht frühzeitig merkten die Leute eine besonders bei Tage auffallende Abnahme ihres Sehvermögens.

Nur sehr langsam (ca. 2 Jahre) hellte sich die Trübung bei dem zuerst beobachteten Kranken auf und wurde die stark verminderte Sehschärfe wieder normal. Jedenfalls sind die bei der Fabrikation sich entwickelnden Dämpfe als die schädigende Ursache anzusehen. Lamhofer (Leipzig).

305. **Die Pathologie der experimentellen Chinin-Amblyopie**; von Dr. Ward A. Holden in New York. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 139. 1899.)

H. berichtet über die Untersuchung der Augen, sowie des Gehirns und des Rückenmarks von 9 Hunden, die mit Chinin vergiftet und 2 Stunden bis 7 Wochen nach der ersten Injektion getödtet wurden oder an dem Gifte starben. Es wurde Chinin bimuriat. carbamid. in die tiefen Schichten des Hypogastrium injicirt. Die zur Vergiftung nöthige Dosis ist im Durchschnitt etwas mehr als 0.07 g Chinin auf je 1 kg Körpergewicht. Kurz nach der Injektion wurden die Pupillen weit, die Hornhaut unempfindlich, das Thier erbrach, taumelte und wurde nach einer halben Stunde ganz blind und taub. In diesem Zustande waren die Papillen deutlich blass und die Netzhautgefässe fast bis zur Obliteration contrahirt. Wird die Injektion nicht wiederholt, so kann sich das Thier wieder vollständig erholen.

Pathologische Untersuchung: Trotz der Verengerung der Arterien waren alle Gefässe der Retina und des N. opticus histologisch unverändert. Die Folge der Arterienveränderung waren eine stark eiweisshaltige seröse Ausschwitzung in die Nervenfaserschicht (Oedem der Netzhaut beim Menschen) und Degeneration der Ganglienzellen nebst ihren Achsencylinder-Fortsätzen, aus denen die centripetalen Nervenfasern herstammen (Folge der direkten toxischen Wirkung des chininisirten Blutes oder der Verminderung der Nahrungzufuhr durch die Gefäss-Contraktion). Degeneration der Fasermarkscheiden des Sehnerven ohne sichtliche Vermehrung der Neuroglia oder Bindegewebewucherungen wurde aufwärts bis zum Tractus opticus und zu den Endigungen der Fasern im äusseren Corpus geniculatum, sowie zum Pulvinar thalami optici hin verfolgt. Entartete Ganglienzellen waren weder in den äusseren Corp. geniculata, noch in den Corp. quadrig. vorhanden. Therapie: Starke Schädigung der Netzhaut durch Chinin-Injektion kann nur sofort durch Natr. nitric., nicht aber nach 1 oder 2 Tagen wieder aufgehoben werden.

Lamhofer (Leipzig).

306. **Versuche und Beobachtungen an Fledermäusen**; von A. Koeninck. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 389. 1899.)

An winterschlafenden Fledermäusen zeigen Vergiftungen mit verschiedenen, in ihren Symptomen typischen Giften (Strychnin, Pikrotoxin, Muscarin, Pilocarpin, Coffein, Apomorphin) in Uebereinstimmung mit den im Allgemeinen bei diesem Zustand reducirten Lebensprocessen eine lediglich quantitative Verschiedenheit gegen die Norm, so zwar, dass die typische Wirkung des Giftes erst später und erst bei grösserer Dosis auftritt. Sehr beträchtlich sind diese quantitativen Verschiebungen beim Tetanotoxin. Bei erwachten und erwärmten Thieren ist das Tetanotoxin wieder von normaler Wirksamkeit. Die Kohlensäureproduktion im festen Winterschlaf ist ausserordentlich gering (ca. 8 mg CO_2 pro Thier in 24 Stunden), steigt aber beim Erwachen sofort rapid. Damit stimmt überein, dass die schlafenden Thiere Sauerstoffentziehung (erzielt durch Aufenthalt in luftdicht geschlossenem kleinen Gefäss oder in reiner Wasserstoffatmosphäre) sehr lange ertragen. In verdünnter Luft ($^1/_{40}$—$^1/_{80}$ des normalen Druckes) vermögen sie sich etwa eine Stunde am Leben zu erhalten. Auch gegen sauerstoffentziehende Gifte, wie Kohlenoxyd und Blausäure, sind die schlafenden Thiere resistenter. Die Kohlensäureproduktion in sauerstofffreier Atmosphäre ist gegen die Norm nicht vermindert, was auch für den Warmblüter die Pflüger'sche Ansicht bestätigt, dass die thierischen Verbrennungen innerhalb weiter Grenzen unabhängig vom Tertiärdruck des neutralen Sauerstoffes sind.

W. Straub (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

307. **a) Ueber die Bedeutung der Zehenreflexe**; von Dr. M. Cohn. (Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 13. 1899.)

b) Beobachtungen über Zehenreflexe; von Dr. L. Schüler. (Ebenda.)

a) Babinski hat angegeben, dass bei Reizung der Fusssohlé Gesunde mit Beugung der Zehen, Kranke, die an Beschädigung der Pyramidenbahnen leiden, mit Streckung der Zehen antworten. Dabei muss aber der Fuss festgehalten werden.

Cohn fand bei Nervengesunden Beugung in 60%, Streckung (der grossen Zehe) in 20%, keinen Reflex in 10%, unbestimmte Bewegungen in 10%. Bei 2 Kr. mit amyotrophischer Lateralsklerose, bei 2 mit spastischer Spinalparalyse trat deutliche Streckung der Zehen ein. Bei 1 Kr. mit spastischer Spinalparalyse wurden die kleine Zehe gebeugt, die grosse gestreckt, bei einem 4. fehlte der Reflex. Bei Gehirnkranken trat meist deutliche Streckung ein, zuweilen fehlte der Reflex. Bei Tabeskranken trat kein Reflex ein. Bei Kindern mit Meningitis erfolgte energische Beugung. Eine Hysterische streckte die Zehen des gelähmten Beines, beugte die des nichtgelähmten.

Im Allgemeinen bestätigt also C. die Angaben Babinski's, doch schlägt er den diagnostischen Werth des Zehenphänomens nicht hoch an.

b) Schüler fand an nervengesunden Männern in 80% Beugung, in 8% Streckung der grossen Zehe, in 2% das letztere mit Beugung der kleinen Zehen, in 10% keinen Reflex. Bei Weibern und Kindern waren die Ergebnisse ähnlich, nur fehlte der Reflex bei 40% der Kinder (Säuglinge).

Bei einer Hysterischen, bei 4 Tabeskranken trat kein Reflex ein. In 1 Falle cerebraler Kinderlähmung trat Beugung ein. In 8 Fällen von Erkrankung der Pyramidenbahnen war Babinski's Phänomen sehr deutlich vorhanden: kräftige Streckung aller Zehen. Möbius.

308. **Ueber einen Fall von Tumor cerebri**; von Prof. H. Oppenheim. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 10. 1898.)

O. bespricht einen schon in der Berl. klin. Wchnschr. (XXIV. 49. 1897) geschilderten Fall von Tumor cerebri, der durch eine Otitis purulenta complicirt gewesen war und eine cerebrale Komplikation derselben vorgetäuscht hatte. O. hatte intra vitam den Tumor im Bereiche des linken Schläfenlappens lokalisirt; die *Sektion* bestätigte die Diagnose. Von besonderem Interesse an diesem Falle war ein Herdsymptom, nämlich eine amnestische Aphasie und Paraphasie, und der Umstand, dass diese Sprachstörung in weit stärkerer Ausbildung hervortrat, wenn sich der Kr. aufrichtete, und dass dann auch eine deutliche Worttaubheit zum Vorschein kam. Der Sitz des Tumor erklärte die Sprachstörung an sich vollkommen; er sass im vorderen Bereiche des linken unteren Scheitelläppchens, im Gyrus supramarginalis. Der Gyrus angularis wurde nicht mit betroffen, daher fehlte auch Alexie; jedoch ging die Geschwulst über die Fossa Sylvii hinweg bis in den hinteren Bereich der ersten Schläfenwindung. Die Zunahme der Aphasie beim Aufrichten des Pat. erklärt O. nicht durch Hirnanämie, sondern dadurch, dass der linke Schläfenlappen, dem der Tumor seiner Hauptmasse nach auflag, beim Erheben des Kopfes schwerer belastet, mehr comprimirt wurde, als in der Rückenlage.

A. Boettiger (Hamburg).

309. **Ein Fall von Hirntumor mit Geruchstäuschungen**; von Dr. W. Siebert. (Mon.-Schr. f. Psychiatrie u. Neurol. VI. 2. p. 81. 1899.)

Bei einem Kr. mit Tumor-Symptomen trat die Hallucination peinlichen Geruches anfallweise auf. Später nahm der Geruch ab. Die Diagnose vermuthete eine Erkrankung des rechten Gyrus hippocampi und in der That wurde nach dem Tode ein Gliom gefunden, das Uncus, G. hippocampi und G. occipitotempor. lat. durchsetzt hatte.

Es spricht also diese Beobachtung dafür, dass die Basis des Schläfenlappens das sogen. Geruchscentrum enthält. Möbius.

310. **Beitrag zur pathologischen Anatomie des Thalamus opticus bei der progressiven Paralyse**; von Ernst Schultze. (Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. IV. 4. p. 300. 1898.)

Die Lissauer'schen Befunde von Herden im Thalamus opticus bei progressiver Paralyse, die er mit vorhandenen Herdsymptomen in Beziehung brachte und als Produkte sekundärer Degeneration anzusehen geneigt war, haben bisher wenig Nachuntersuchungen hervorgerufen. Sch. bringt, nachdem er den heutigen Stand der Frage kurz skizzirt und auf Grund sonstiger Thatsachen erörtert hat, ob überhaupt im Thalamus sekundäre Veränderungen nach Rindenherden wahrscheinlich sind, die Ergebnisse der Untersuchung der Thalami in 8 Fällen von progressiver Paralyse (aus der Strassburger psychiatrischen Klinik), in denen die Kr. alle zahlreiche paralytische Anfälle gehabt hatten.

Der Befund war mit den zur Zeit der Untersuchung (1894) gebräuchlichen Methoden ein *negativer* (Marchi-Methode und Glia-Färbung wurden nicht verwendet). Im Uebrigen ergab sich dabei Gelegenheit zur Bestätigung der Schütz'schen Befunde von Faserschwund im centralen Höhlengrau. A. Hoche (Strassburg).

311. **Ueber den Markfaserschwund in der Grosshirnrinde bei Tabes und Paralyse**; von Ladislaus Epstein. (Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. IV. 4. p. 265. 1898.)

Als Beitrag zur Lösung der Fragen, in welchem Maasse bei der Paralyse die einzelnen Windungen vom Faserschwunde ergriffen werden und wie sich in Bezug auf die Rindenbefunde das Verhältniss von Tabes und Paralyse gestalte, bringt E. das Untersuchungresultat von 3 Fällen (1 Tabes, 2 Paralysen, von denen eine eine Taboparalyse), ohne sich zu verhehlen, dass aus einer so kleinen Reihe keine Schlüsse gezogen werden können. In der Rinde aller 3 Gehirne fand sich ein beträchtlicher Schwund der markhaltigen Fasern, stärker bei der Paralyse, als bei der Tabes, und bei jener auch gleichmässiger vertheilt, indem im Tabeshirn die hinteren Partien stärker betroffen waren.

Der Faserschwund war nicht auf die tangentiale Schicht beschränkt, sondern hatte auch die übrigen Rindenschichten und das Windungsmark ergriffen, zwischen dem Quantum des Faserausfalles in den oberflächlichsten und den tieferen Schichten bestand ein Parallelismus.

A. Hoche (Strassburg).

312. **Zur Lehre, insbesondere zur pathologischen Anatomie der nicht-eitrigen Encephalitis**; von Dr. M. Friedmann. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 1 u. 2. p. 93. 1898.)

Zunächst theilt Fr. einen Fall mit, in dem es nach einem schweren Sonnenstich zu dauernden Symptomen kam, die an die spastische Paraplegie des Kindesalters erinnern. Man darf daraus wohl schliessen, dass stürmische Cirkulationstörungen im Gehirn auch einmal zu Entzündungherden führen können. Eine weitere Ursache zur akuten Encephalitis ist die Embolie, auch wenn sie gutartig ist; die häufigste Ursache jedoch ist die Influenza, und zwar nicht nur für die schweren, tödtlich verlaufenden Fälle, sondern auch für die gutartigen. Es fragt sich nur, ob diese letzteren sich auch pathologisch-anatomisch von den schweren Fällen unterscheiden lassen. Fr. war in der Lage, einen derartigen Befund zu erheben.

Es handelte sich um eine 52jähr. Kr., die im Anschluss an Influenza apathisch wurde, dann eine leichte motorische Aphasie bekam, dann eine allmählich sich verschlimmernde rechtseitige Parese. Nach etwa 10 Tagen traten dazu Schlaflosigkeit, Unruhe, Kopfschmerz und nach 6 Wochen erfolgte im Koma der Tod. Die Autopsie ergab starkes Hirnödem, in der Marksubstanz des linken Stirnhirns eine wallnussgrosse Cyste, die nach dem Seitenventrikel durchgebrochen war; hieran schloss sich die entzündlich gelockerte weisse Marksubstanz. Die Membran der Cyste stellte ein bindegewebiges, schwammig-netzförmiges Gitterwerk dar, mit epitheloiden, zum Theil vielkernigen Zellen, sowie länglichen Zellen in den Knotenpunkten; ausserdem fanden sich Häufchen von Mikrokokken und Stäbchen. Die frische Entzündung stellte sich dar als eine sehr stürmische Proliferation der fixen Neurogliazellen und des perivaskulären Gewebes, bestehend aus dicht gedrängten Zellenhaufen mit zahllosen Mitosen, kleinen Blutungen, miliaren Aneurysmen und abgekapselten älteren Hämorrhagien.

Eines glaubt Fr. mit Sicherheit aus dem Befunde schliessen zu können, dass nämlich eine grundsätzliche Differenz der grosszelligen Entzündung in Analogie der Hayem'schen Encephalitis von der sogen. hämorrhagischen Encephalitis nicht existirt. Auch dass die gefundene Cyste nicht etwa Rest eines älteren Processes, sondern frisch entstanden ist, erscheint ihm zweifellos und wird auch durch Thierexperimente erwiesen. Besonders der zellig-retikuläre Bau der Wand ist für derartige Cysten charakteristisch.

Der Beginn dieser „irritativen Encephalitis“ würde sich kennzeichnen durch starke Hyperämie mit erheblichen kleinen Blutungen, oft verbunden mit Austritt von Rundzellen; im Anschlusse daran kommt es zu Erweichungherden, an deren Rande die Nervensubstanz in heftige Entzündung geräth, die entweder zur Abkapselung mit Resorption des Inhaltes führt oder durch Weiterschreiten tödtlich endet.

Therapeutisch käme vor Allem in Betracht, der Hirnhyperämie entgegenzuarbeiten, eventuell Blutentziehungen, Aderlass. E. Hüfler (Chemnitz).

313. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie der multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmarks**; von Carl Lotsch. (Prag. med. Wchnschr. XXIV. 16—21. 1899.)

L. hat 45 Fälle von multipler Sklerose (aus dem Materiale der med. Klinik von Prof. v. Jaksch) auf ihre Aetiologie hin geprüft, für die er *Traumen, Infektionkrankheiten* und *congenitale Disposition* in Anspruch nimmt; für erstere beiden bringt er von je 8 Fällen die Krankengeschichten bei.

Die Lektüre derselben und L.'s Argumentationen dazu bringen dem Leser wieder einmal zum Bewusstsein, dass der Aetiologie einer Krankheit, deren zeitliche Anfänge ganz uncontrolirbar sind

und in der Regel mehrere Jahre vor den Beginn manifester Symptome zurückdatiert werden müssen, mit Hülfe des „post hoc, ergo propter hoc“ nicht beizukommen ist. A. Hoche (Strassburg).

314. **Ueber eine typische Verlaufsform der multiplen Sklerose**; von Dr. D. Frank. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 1 u. 2. p. 167. 1898.)

Nach Oppenheim sind Opticusaffektionen im Beginne der multiplen Sklerose so häufig, dass eine derartige Verlaufsform geradezu als typisch bezeichnet werden kann. Fr. hat 9 derartige Fälle gesammelt. Daraus ergiebt sich, dass die Sehstörungen oft Jahre lang den anderen Symptomen vorausgehen, zeitweise sich auch bis zu einem gewissen Grade wieder bessern, so dass sie deshalb oft übersehen werden. Etwa 11—15% aller Fälle von multipler Sklerose beginnen mit Sehstörungen. Auch für die Differentialdiagnose ist dies wichtig. Die Sehstörung ist die auch sonst im Verlaufe der multiplen Sklerose mehrfach beschriebene. E. Hüfler (Chemnitz).

315. **Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der sogen. Pseudosklerose**; von Prof. A. Strümpell. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 348. 1899.)

Str. nimmt Bezug auf einen Kranken, dessen er schon in seiner früheren Arbeit „über die Westphal'sche Pseudosklerose“ Erwähnung gethan hat. Besonders charakteristisch erscheint die Form des Zitterns, das im Gegensatze zu dem bei Paralysis agitans viel heftiger ist, und besonders auch die grossen proximalen Gelenke befällt, so dass weite Zitterexkursionen, der Hände z. B., zu Stande kommen. Die eigentlichen coordinirten Bewegungen erscheinen lange Zeit als ungestört. Eigenthümlich ist auch die Starre des Gesichts und der Augen. Die psychischen Störungen erinnerten in mancher Hinsicht an Paralyse. Der Tod erfolgte auch im „apoplektischen Anfall“.

E. Hüfler (Chemnitz).

316. **Ueber epileptische und hysterische Krämpfe bei gelähmten und nicht gelähmten idiotischen Kindern**; von W. Koenig. (Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. IV. 4. p. 285. 1898.)

K. bringt aus dem grossen Dalldorfer Materiale einen werthvollen Beitrag zur Kenntniss der Anfälle im Kindesalter bei Hirnlähmungen und bei nicht gelähmten, aber idiotischen Kindern.

Eine Nebeneinanderstellung seiner eigenen Beobachtungergebnisse und der Meinungen anderer Autoren über correspondirende Punkte illustrirt sehr gut die zur Zeit bestehenden Divergenzen der Meinungen.

Es ist nicht möglich, hier eine ausführliche Reproduktion der zahlreichen Einzelresultate zu geben; Folgendes sei hervorgehoben:

Es fehlen, bei grossem Beobachtungmateriale, bei den kindlichen Epilepsien kaum irgend welche Variationen des Anfalles, welche bei gewöhnlichen Epileptikern vorkommen. Zwischen hemiplegischen und anderen Formen besteht bezüglich der Anfälle kein principieller Unterschied. Bei nicht gelähmten Kindern ist das Vorkommen einseitiger Krämpfe eine grosse Seltenheit.

Die Unterschiede zwischen den epileptischen Anfällen der cerebralen Kinderlähmungen und denen gewöhnlicher Epileptiker liegen mehr in der geringeren Häufigkeit, bez. geringeren Intensität des Vorkommens gewisser Symptome, vor Allem in dem Zurücktreten der psychischen Erscheinungen und der Seltenheit des brutalen Anfalles, und des in Folge dessen weniger häufigen Vorkommens von Zungenbiss und Verletzungen.

Status epilepticus kommt vor, wenn auch seltener, ebenso psychische Aequivalente und Absencen; die Annäherung der Anfälle an den Typus der Jackson'schen Epilepsie ist seltener, als man annehmen sollte. Hysterische Anfälle wurden unter Koenig's Fällen sowohl bei gelähmten, wie nicht gelähmten Kranken in beschränkter Anzahl constatirt. A. Hoche (Strassburg).

317. **Zur Brown-Séquard'schen Lähmung**; von H. Oppenheim. (Centr.-Bl. f. d. med. Wissensch. XXXVII. 12. 1899.)

O. weist in der vorliegenden, ganz kurz gefassten Mittheilung auf die verschiedene Aetiologie hin, die die Fälle von Halbseitenläsion aufweisen, je nachdem der Chirurg oder der innere Kliniker sie beobachtet; für letzteren überwiegen die Rückenmarkserkrankungen, besonders die Lues spinalis als Ursache bei weitem die traumatische Entstehung; allerdings sind die nicht traumatischen Fälle den Symptomen nach die weniger typischen, mehr verwaschenen. O. hat dabei Erscheinungen beobachtet, die bisher kaum beachtet worden sind, und die er als „Spasmodynia cruciata“ bezeichnet. Es handelte sich um Reizerscheinungen, die in dem einen Falle der Entwickelung des Brown-Séquard'schen Symptomencomplexes vorausgingen, in dem anderen sich im Verlaufe desselben, bez. nach Ablauf des Leidens, das ihn hervorgebracht hatte, einstellten. Diese Reizerscheinungen traten gleichzeitig auf motorischem und sensiblem Gebiete hervor und bestanden in tonischen Muskelspannungen auf der Seite des Krankheitherdes und Schmerzen in der gekreuzten Körperseite. So stellten sich bei einem Processe, der seinen Sitz im oberen Halsmarke der linken Seite hatte und eine spastische Parese der linken Glieder, eine Anästhesie der rechten hervorgebracht hatte, anfallsweise tonische Krämpfe im linken Arme und Beine, gleichzeitig heftige Schmerzen in den Gliedmaassen der rechten Körperseite ein. Meist gehörte dazu noch ein Schmerz, der sich im Bereiche der linken oberen Cervikalnerven ausbreitete.

Nebenbei führt O., mehr als Rarität, den (durch die Autopsie nicht controlirten) Fall eines jungen Mädchens an, in dem sich, wahrscheinlich auf Grund verschiedener Herde bei disseminirter Sklerose spastische Parese des rechten Beines, Anästhesie des linken Beines, Parese des linken Armes und partielle Anästhesie vorwiegend am rechten Arme entwickelt hatten.

O. stellt eine ausführliche Bearbeitung dieser Fälle in Aussicht. A. Hoche (Strassburg).

318. **Untersuchungen über die Anatomie und Pathologie des untersten Rückenmarksabschnittes**; von Dr. Ludwig Robert Müller. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 1 u. 2. p. 1. 1898.)

M. geht zunächst auf die normale Anatomie und Physiologie des Conus medullaris ein. Makroskopisch lässt sich der Beginn desselben nicht bestimmen; der Name ist zunächst nur ein Ausdruck für die Form des untersten Rückenmarksabschnittes, der die unteren 3 Sacralsegmente und das Coccygealsegment beherbergt; man darf also nicht Conus und Sacralmark unterscheiden. Mehr als doppelt so viel hintere Wurzeln treten an den Conus heran, als vordere aus ihm entspringen; ganz unten hören die letzteren ganz auf. Die Fasern der Cauda equina verdecken im Wirbelkanale den Conus vollkommen; sie legen bis zum Austritte aus der Dura einen beträchtlichen Weg zurück: so verlässt der zweite Sacralnerv das Rückenmark in der Höhe des ersten Lendenwirbels, um die Dura erst im Kreuzbeine zu verlassen, durch das zweite Foramen sacrale, ein Höhenunterschied von 14 cm. Erst ausserhalb der Dura bilden die sensiblen Wurzeln ihr Ganglion, und erst dann vereinigen sie sich mit der vorderen Wurzel. Also sind die Fasern der Cauda equina Wurzelfasern, nicht peripherische Nerven; auch liegen die sensiblen Fasern in einem hinteren, die motorischen in einem vorderen Felde.

Innervirt werden die Vorder- und die Aussenseite des Beckens, sowie der Oberschenkel vom Plexus lumbalis, nur Penis und Scrotum aus dem Plexus sacralis, mit Ausnahme der Hoden selbst, die durch den N. spermaticus externus vom Lumbalplexus innervirt werden. Ebenso werden ausser einer handgrossen Zone um den Damm und Anus herum, die vom Sacralplexus versorgt wird, die hinteren und äusseren Theile des Gesässes vom Lumbalplexus innervirt. Die Schleimhautpartien des Beckens werden vom Sacralplexus versorgt. Der ganze Oberschenkel, ausgenommen einen schmalen hinteren Streifen, der vom Sacralplexus versorgt wird, wird innervirt vom Lumbalplexus aus; und umgekehrt der ganze Unterschenkel vom Plexus sacralis, ausser einem schmalen medialen Streifen. Da jedoch in jedem Plexus sich Nerven aus verschiedenen Wurzelgebieten vereinigen, so genügt die Kenntniss des Gebietes der peripherischen Nerven nicht zur Höhenbestimmung einer Rückenmarkserkrankung. M. giebt deshalb einen Ueberblick über die segmentäre Lokalisation der einzelnen Funktionen. Hervorzuheben ist hier, dass er das Centrum für die Erektion in das zweite, das für die Ejakulation in das dritte, das Blasencentrum in das vierte Sacralsegment verlegt.

Das mikroskopische Bild des Conus ändert sich vollkommen vom zweiten Sacralsegmente an: die graue Substanz ist übermässig entwickelt; die Substantia gelatinosa sehr vermehrt. Hervorzuheben ist nun eine neu auftretende Gruppe von Ganglienzellen an der Uebergangstelle vom Vorderhorn zum Hinterhorn, und an letzterem entlang; nach unten zu werden diese Zellen immer grösser, bis sie ganz unten allein noch übrig bleiben. In derselben Höhe, in der diese Zellen zuerst auftreten, verschwindet die hintere, graue Commissur; vom medialen Theile der Hinterstränge strahlen Faserbüschel ventralwärts, und verästeln sich in der Gegend der neuen Zellengruppe; weiter nach unten strahlen die gesammten Hinterstränge nach vorn zu aus. Die vorderen Wurzeln werden im Conus sehr spärlich; dagegen sind die hinteren Wurzeln stark entwickelt. Manchmal kann man direkt beobachten, wie Fasern der Hinterseitenstränge direkt in solche der hinteren Wurzeln übergehen. Vereinzelt fanden sich auch innerhalb der Dura kleine Spinalganglien, und in einzelnen Wurzelquerschnitten einzelne Spinalganglienzellen. Die Auflösung des Rückenmarks erfolgt von hinten her.

Hieran schliesst M. die genaue Mittheilung von 7 Krankengeschichten und die Besprechung des pathologisch-anatomischen Befundes, aus dem hier nur Einiges herausgehoben werden mag. So ergab es sich, dass die aufsteigende Degeneration der sensiblen Bahnen in den Hintersträngen in gleicher Weise stattfand, wenn die Schädigung die Cauda equina betroffen, oder wenn sie peripherisch von den Spinalganglien eingewirkt hatte. Stets liess sich mit der Marchi'schen Methode eine aufsteigende Degeneration in den vorderen, motorischen Wurzeln nachweisen, bis zu den grossen Vorderhornganglienzellen.

Des weiteren wurden 17 Fälle von Compressionmyelitis zur Untersuchung mit verwandt. Es fand sich nur dann im Conus Degeneration, und zwar speciell in den Hintersträngen, wenn die Querschnittsunterbrechung fast vollständig war. Bei Tabes verhielt sich die Hinterstrangdegeneration genau wie bei Caudaerkrankungen.

Ferner giebt M. noch eine ausführliche Darstellung der Differentialdiagnose, der zum Schlusse eine Uebersichttabelle der einzelnen differentialdiagnostisch wichtigen Symptome angefügt ist, sowie endlich ein Literaturverzeichniss.

E. Hüfler (Chemnitz).

319. **Rückenmarksuntersuchungen in Fällen von perniciöser Anämie, von Sepsis und von Senium, nebst Bemerkungen über Marchi-**

Veränderungen bei akut verlaufenden Rückenmarksprocessen; von Dr. M. Nonne. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 3 u. 4. p. 192. 1899.)

Da die Auffassung der Rückenmarksveränderungen bei Anämie noch manches Unklare aufweist, da die Einen sie ihren Ausgang von den Gefässen nehmen lassen, die Anderen darin eine systematische Erkrankung sehen, versucht N. nochmals am reichen Materiale des Eppendorfer Krankenhauses, unter Herbeiziehung auch anderer Krankheiten, der Frage näher zu treten.

Zunächst handelt es sich um 12 Fälle von Anämie, einmal perniciöser Anämie und dann progressiver Anämie, zum Theil herbeigeführt direkt durch Verblutung. Die erste Kategorie ergab verschiedene Resultate, theils ganz negativen Befund, theils Veränderungen ganz im Beginne, theils charakteristische Degenerationen. Bei Blutverlust allein fanden sich überhaupt keine spinalen Veränderungen. In einem Falle sekundärer Anämie in Folge von chronischer Nephritis fanden sich die für die perniciöse Anämie charakteristischen Rückenmarksveränderungen. Klinische Symptome waren sehr spärlich vorhanden, etwa Parästhesien, Fehlen der Patellarreflexe. Man darf klinische Symptome nur mit grosser Vorsicht mit den Befunden nach Marchi in Beziehung bringen, da die durch diese Methode nachgewiesenen Veränderungen nur auf eine trophische, nicht aber auch auf eine funktionelle Alteration hinweisen. So fanden sich in 3 Fällen von Miliartuberkulose ausgedehnte Marchi-Degenerationen in der weissen Substanz, obwohl nervöse Ausfallserscheinungen nicht vorhanden gewesen waren.

Bei perniciöser Anämie scheint also die Ernährung des Rückenmarkes in allen seinen Theilen, besonders aber in der weissen Substanz, zu leiden. Die graue Substanz war entschieden weniger betheiligt. Jedenfalls scheint es nicht, als ob die primäre Erkrankung in der grauen Substanz liegt, wie Rothmann annimmt. Die zeitweise sich findenden Blutungen sind als Begleiterscheinungen aufzufassen. Was die Betheiligung der Gefässe anlangt, so fanden sich in den negativen, und in den Frühfällen keine Veränderungen, dagegen stets in den fortgeschrittenen, und zwar war stets ein lokales Verhältniss der Herde zu den erkrankten Gefässen nachweisbar. Wenn man, wie allgemein, ein Toxin als Ursache annimmt, so ist doch dessen Transport durch die Gefässe das Wahrscheinlichste. Wenn diese Annahme richtig ist, so müssten in Fällen von ulceröser Endokarditis und sonstiger Sepsis eventuell analoge Veränderungen sich finden; dafür standen 9 Fälle zur Untersuchung. In der That fanden sich hier, von den Gefässen ausgehend „myelitische Herde“, die in Art und Lokalisation denen bei lethaler Anämie glichen; ebenso waren die Marchi-Veränderungen genau entsprechend lokalisirt.

Weiterhin standen 10 Fälle von Senium zur Verfügung, Leute im Alter von 78—86 J., alle mit der Diagnose Marasmus senilis, Arteriosklerose. Symptome von Seiten des Nervensystems hatten nicht bestanden. Es fand sich hier in allen Fällen eine erhebliche Gliawucherung mit Verdickung und Verengerung der Blutgefässe; in den weniger fortgeschrittenen Fällen war eine Gruppirung der Herde um die Gefässe herum unverkennbar. Da in einem Falle von ganz ausserordentlich starker Arteriosklerose die Veränderung im Rückenmarke nicht besonders ausgeprägt war, scheinen die arteriosklerotischen Veränderungen an sich hierbei nicht in Betracht zu kommen. Was hier in chronischer Weise auftritt, kommt bei den Anämien akut zu Stande, und zwar handelt es sich um eine subakute Erweichung, die sich herleitet von einer die Cirkulation in den Gefässen störenden Schädlichkeit. E. Hüfler (Chemnitz).

320. **Zur Lehre von der amyotrophischen Lateralsklerose**; von J. Pal. (Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 1. 1899.)

45jähr. Mann; mit 28 Jahren luetische Infektion; Beginn mit Schwäche in den Beinen, später auch in den Armen; langsames Fortschreiten. Später Atrophie an Schultermuskeln, Oberarm und Interosseis; keine sensiblen Erscheinungen; an den Beinen grosse Schwäche und Atrophie, sowie Oedeme, Spitzfussstellung, keine Contrakturen; Gang: paretisch-stampfend.

Die *Sehnenreflexe fehlten*; Plantarreflex vorhanden; Sensibilität intakt.

Während der Beobachtung nahm die Atrophie an den Beinen zu: es entwickelte sich fast vollständige Paraplegie ohne Contrakturen. Patellarreflexe gegen Schluss doch noch spurenweise auslösbar. Die Arme blieben relativ besser; Beweglichkeit der Finger erhalten bis zum Ende. Dauernd fibrilläre Zuckungen, starkes Sinken der elektrischen Erregbarkeit. Tod: $2^3/_4$ Jahre nach Beginn unter den Erscheinungen der Zwerchfellslähmung.

Mikroskopisch: Peripherische Nerven, soweit untersucht, normal, ausser Cruralis und Medianus; vordere Wurzeln stark degenerirt.

Im Rückenmarke: Sklerose der Pyramidenseitenstrang- und Vorderstrangbahn, ausgebreiteter Zellenschwund in den Vorderhörnern, namentlich im Hals- und Lendentheile; an Weigert-Präparaten (Hämatoxylin) Hinterstränge im Ganzen dunkler, als die anderen Stränge. An Marchi-Präparaten in allen Strängen Schollen, am wenigsten noch in den Hintersträngen.

In *klinischer* Beziehung glaubt P. nicht an einen ursächlichen Zusammenhang der spinalen Erkrankung und der luetischen Infektion.

Das Oedem der Beine hält er für ein durch spinale vasomotorische Einflüsse bedingtes, möglicherweise in Abhängigkeit von der besonders ausgedehnten Degeneration der grauen Substanz; dieselbe anatomische Besonderheit erklärt die schlaffe Lähmung und das Fehlen der Sehnenreflexe; der Fall wird dadurch zu einem weiteren Beweise für die nur bedingte Giltigkeit des üblichen Schema der amyotrophischen Lateralsklerose. Von besonderem Interesse sind die Degenerationerscheinungen in den Rückenmarksträngen ausserhalb der eigentlichen motorischen Bahnen.

[Analoge Befunde hat Ref. beschrieben: Neurol. Centr.-Bl. XVI. 6. p. 242. 1897.]

A. Hoche (Strassburg).

321. **Periphere Neuritis mit gesteigerten Sehnenreflexen**; von Dr. S. Werner. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35. 1899.)

Bei einer wahrscheinlich alkoholischen multiplen Neuritis fand der Vf. beträchtliche Steigerung der Sehnenreflexe, ja deutliches Fussphänomen. Als die Kranke durch Hirnblutung gestorben war, konnte die Entartung der Nerven anatomisch nachgewiesen werden, während die Untersuchung des Rückenmarkes negativ war. Möbius.

322. **Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der multiplen Neuritis**; von Adolf v. Strümpell. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 146. 1899.)

v. Str. schildert auf Grund der anatomischen Untersuchung in mehreren Fällen von Polyneuritis die Veränderungen der Nerven, bei denen theils die Markscheide zerfallen, theils Markscheide und Achsencylinder in eine mehr gleichmässige Masse verschmolzen waren. In auffallendem Gegensatze hierzu fanden sich an den nach Nissl's Methode untersuchten Ganglienzellen des Rückenmarkes keine erheblichen Veränderungen. Die Muskelfasern hatten mit wenigen Ausnahmen ihre Querstreifung vollkommen beibehalten. Demnach kann auch die galvanische Entartungreaktion, die in diesen Fällen im Leben nachweisbar war, nicht auf eine Entartung der Muskelfasern zurückgeführt werden. Es ist wahrscheinlich, dass die fehlende faradische Erregbarkeit und die galvanische Zuckungträgheit einfach die elektrische Reaktion des „entnervten“ Muskels darstellen.

Aufrecht (Magdeburg).

323. **Ueber hereditären Tremor**; von Graupner. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 466. 1899.)

Diese Form von Tremor, die, der Frequenz der Zitterbewegungen nach, demselben Typus entspricht wie er bei multipler Sklerose und Paralysis agitans beobachtet wird, hat Gr. bei 3 von 6 Geschwistern (2 Brüdern und 1 Schwester) und der Tochter eines dieser Brüder beobachtet. Bei den Geschwistern ist das Leiden erst in reiferen Jahren, bei der Tochter in frühester Kindheit aufgetreten. Der Intentiontremor betrifft in allen Fällen die Arme und meist diese am stärksten. Nur in einem Falle ist die Kiefer- und Zungenmuskulatur vorwiegend Sitz des Tremor. Die Muskeln des Rumpfes sind in einem Falle schwach, im anderen etwas stärker befallen. Aufrecht (Magdeburg).

324. **Ein Fall von hysterischem Fieber**; von H. Dippe. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 212. 1899.)

Eine 43 Jahre alte Frau, die von Kindheit an hysterische Erscheinungen gezeigt hatte und, nachdem sie als junges Mädchen mit dem Hinterkopfe gegen eine Thürklinke gefallen war, sofort einen hysterischen Anfall bekam, der sich mit Bewusstlosigkeit und Erregungzuständen fast bei jeder Menstruation wiederholte, bekam im Jahre 1880 nach einer schweren Entbindung ein Unterleibsleiden, das erst 1894 nach einer Auskratzung der Gebärmutter vollständig gehoben war.

Ende November 1896 erlitt sie einen heftigen Stoss mit einer Thür gegen den Unterleib, und zwar wie sie meinte, gegen eine von ihrer Entbindung herrührende empfindliche Stelle rechts. Hieran schlossen sich heftige Schmerzen, Fieber und allmählich ein schwerer hysterischer Zustand, der mit Bewusstlosigkeit, Krämpfen, Umsichschlagen, Seufzen, Stöhnen, angstvollem Schreien mehrere Stunden dauerte. Bis auf eine geringe Remission im Januar 1897 hielt der Zustand unter Erschöpfung der Kräfte bis zum 10. Februar an (die Temperatur betrug 24 Stunden vorher 42°). An dem genannten Tage wurde die Laparotomie ausgeführt; aber sämmtliche Organe des Abdomen erwiesen sich als gesund. Der freiliegende, einige Kothbröckel enthaltende Wurmfortsatz und beide normalen Ovarien wurden entfernt. Die Heilung ging glatt von Statten. Das Fieber war mit dem Tage der Operation verschwunden, ebenso die Schmerzen und die hysterischen Anfälle. Nach vollständiger Erholung innerhalb 3 Wochen konnte die Pat., welcher gesagt war, der gesuchte Eiterherd habe sich gefunden und sei entfernt worden, nachdem sie über 3 Monate in recht elendem Zustande zu Bette gelegen hatte, gesund entlassen werden.

Aufrecht (Magdeburg).

325. **Zur Casuistik der chronischen ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke (Strümpell), Spondylose rhizomélique (P. Marie)**; von Dr. Mutterer. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 1 u. 2. p. 144. 1898.)

Nachdem von v. Strümpell zuerst auf die Gelenkerkrankung der Wirbelsäule aufmerksam gemacht worden ist, hat ausser Anderen Marie sie eingehend beschrieben, als Zusammentreffen einer vollkommenen Verwachsung der Wirbelsäule mit einer mehr oder weniger ausgesprochenen Ankylose der Gelenke der Gliederwurzeln unter Freibleiben der kleinen Gliedergelenke. Die Ankylose war in seinen Fällen ausser in der Wirbelsäule nur in den Hüften ausgeprägt, im Schultergürtel nur angedeutet. M. ist ebenfalls in der Lage, einen hierhergehörigen Fall zu beschreiben.

Ein zur Zeit der Beobachtung 58jähr. Schmied erkrankte 8 Jahre vorher mit Kreuzschmerzen, die etwa 4 Jahre lang anhielten. Dann begann die Steifigkeit im Rückgrat, Reissen in den Beinen und Behinderung im Gehen; die Steifigkeit der Wirbelsäule schritt von unten nach aufwärts; zuletzt wurde, unter grossen Schmerzen, der Nacken steif.

Die Wirbelsäule war vollkommen starr; der Kopf nach vorn und rechts geneigt; die Weichtheile des Halses erschienen derber als normal, die langen Rückenmuskeln dagegen schlaff. Die Schultergelenke waren in der Bewegung beeinträchtigt; die Hüftgelenke zeigten eine vollkommene Ankylose in mässig gebeugter Stellung. Die Glutäalmuskeln waren stark atrophisch, in geringerem Grade die Unterschenkelmuskeln. Abgesehen von zeitweise auftretenden Schmerzen war die Sensibilität nicht beträchtlich gestört. E. Hüfler (Chemnitz).

VI. Innere Medicin.

326. **Die Bedeutung und Behandlung der Krisen bei akuten Krankheiten**; von O. Rosenbach. (Berl. Klinik Heft 134. 1899.)

Die geistreichen Auseinandersetzungen R.'s in einem Referate wiedergeben zu wollen, wäre verlorene Liebesmüh. Wo sich Satz auf Satz logisch folgerichtig aufbaut, da ist kein einzelner herauszugreifen; das Ganze will gelesen sein. Mit Recht betont der Autor die Individualität des Kranken in ihrer Bedeutung für das Entstehen und die Grösse des Krankheitbildes gegenüber den Krankheiterregern. Ob aber nicht bei den logischen Prämissen eine zu geringe Schätzung der allgemeinen Bedeutung der Krankheiterreger und eine zu grosse Skepsis gegenüber den auf eine Verminderung ihrer schädlichen Wirkung hinzielenden Bestrebungen die Richtung der Krankheitcomponenten verschiebt, muss Ref. dahingestellt sein lassen, so sehr er unter Anderem mit R. darin übereinstimmt, dass das Bestreben, jedes Fieber ohne weitere Kritik durch antifebrile Mittel unterdrücken zu wollen, unwissenschaftlich genannt werden muss. Aufrecht (Magdeburg).

327. **Ueber den therapeutischen Werth der Salzwasser-Infusionen bei akuten Krankheiten**; von Hermann Lenhartz. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 189. 1899.)

L. hat den Heilwerth der Salzwasser-Infusionen vornehmlich geprüft bei bedrohlichen Kreislaufstörungen im Verlaufe akuter Infektionkrankheiten und ferner bei solchen Erkrankungen, bei denen nicht nur jegliche Nahrungzufuhr durch die Art der Störung zeitweise verboten oder nur in unvollkommenem Grade zulässig, sondern auch die Beseitigung toxischer Stoffe aus dem Körper dringend anzustreben ist. Bei Typhuskranken mit schweren Allgemeinerscheinungen, Kräfteverfall und Pulsschwäche, bei Kinderdiarrhöen und Brechdurchfällen, bei Dysenterie, ferner bei verschiedenen schweren Erkrankungen der Unterleibshöhle, bei denen die Ernährung oft für eine Reihe von Tagen so gut wie ganz aufgehoben werden muss, während die stetige Aufnahme von schweren Giftkörpern nicht nur die Gefahr der Autointoxikation herbeiführt und steigert, sondern thatsächlich den tödtlichen Ausgang in nicht wenigen Fällen veranlasst, wie bei Ileus und mehreren Fällen von consekutiver Peritonitis, entsprach die Vornahme den gehegten Erwartungen.

Zur Anwendung kam hauptsächlich eine physiologische Kochsalzlösung, die subcutan eingeführt wurde. Die Infusionmenge richtete sich nach dem Alter der Kranken und betrug bei zarten Kindern 100—200 ccm, bei Erwachsenen 500—1000 ccm in einer Sitzung. In einzelnen Fällen wurde die Injektion 2mal täglich 8—14 Tage lang durchgeführt. Die auf 40° erhitzte sterile Flüssigkeit wurde von den trocken sterilisirten Glasbehältern und aus $^1/_2$—$1^1/_2$ m Höhe zugelassen.

Bei sehr entkräfteten Kranken, bei denen schwere Veränderungen des Herzfleisches wahrscheinlich sind, ist es rathsam, mit kleineren, öfter wiederholten Infusionen vorzugehen.

Besondere üble Nebenwirkungen, Glykosurie, Hämoglobinurie sind nicht beobachtet worden.

Aufrecht (Magdeburg).

328. **Ueber einen Fall von Bronchitis fibrinosa chronica mit besonderer Rücksichtnahme auf das mikroskopische Sputumbild**; von Rud. Schmidt. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. p. 425. 1899.)

Die 57 Jahre alte, sehr fettleibige Pat. hatte sich vor 17 Jahren jähem Temperaturwechsel mit Einathmung heissen Rauches beim Ringtheaterbrande in Wien ausgesetzt. Sie bekam darauf heftigen Husten mit schleimigem Auswurfe und Herzklopfen. Die Hustenanfälle waren so heftig, dass dabei Nasenbluten eintrat. Sie war damals einige Zeit bettlägerig. Erst im Verlaufe von 3 Jahren verloren sich allmählich die Erscheinungen von Seiten des Respirationapparates.

Vor 8 Jahren bezog die Kr. eine feuchte, kalte Wohnung. Hier stellte sich zunächst längere Zeit hindurch ein unregelmässiges, aber täglich auftretendes Fieber ein und im Anschlusse hieran Husten mit Auswurf baumförmig verzweigter Gerinnsel. Unmittelbar vor dem Aushusten hatte die Kr. eine eigenthümliche Empfindung bald in den oberen, bald in den unteren Partien der rechten Lunge. Auf der rechten Seite vermochte sie nicht zu liegen, weil es sonst auf der Lunge „zu kochen anfing“. Die Expektoration der Gerinnsel ging ohne Schwierigkeit vor sich, durch einfaches Räuspern. Vor einem halben Jahre waren einige kleine eckige Steine von etwa Erbsengrösse mit dem Harne abgegangen. Seit längerer Zeit ist ein Ekzem am Dorsum manus und an der Ellenbogenbeuge vorhanden. Die Nahrung besteht hauptsächlich aus Fleisch. Potus und Lues werden negirt.

Rechts hinten unterhalb des Angulus scapulae besteht Dämpfung, „gemischtes“ Athmen mit stark bronchialem Beiklang, kleinblasiges, theilweise klingendes Rasseln, Aegophonie, leichte Erhöhung des Stimmfremitus.

In letzter Zeit hat sich nach 3monat. Landaufenthalte der Zustand bedeutend gebessert.

Die mikroskopische Untersuchung des Auswurfes ergab „entsprechend den feinen Aestchen der Gerinnsel: rothe Blutkörperchen in mässiger Zahl in cylinderförmiger Anordnung, mit der Breitseite aufliegend, nicht rund, sondern viereckig, vielfach fast ganz farblos, confluirend mit verwaschenen Grenzen“. Diese zum Theil in homogene Massen umgewandelten bisher im Sputum noch nicht hinlänglich gewürdigten hyalinen Blutcylinder spricht Schm. als mikroskopischen Ausdruck von Capillarthrombosen [!?] an. Ferner fanden sich Herzfehlerzellen als Zeichen brauner Lungeninduration und an den Endverzweigungen der Gerinnsel grosse runde, mit Fetttropfen angefüllte dunkel aussehende Zellen, wie sie Buhl als charakteristisch für die Desquamativpneumonie beschrieben hat. Zwischen diesen organischen Gebilden zeigte sich ein mattglänzender, oft rasenförmig, hier und da in Keulenform angeordneter Detritus, in dem Cholestearinlager vorhanden waren, und neben diesen Schichtkörper und Schläuche, die auf Grund ihrer Löslichkeit durch Aether, Chloroform und Schwefelkohlen-

stoff in Analogie zu den von Fürbringer und Posner als lecithinhaltig erkannten Prostataschichtkörpern als Corpora lecithinoidea angesprochen werden müssen.

Aufrecht (Magdeburg).

329. **Ueber die Natur und Behandlung der Pneumokokkenempyeme**; von Oswald Vierordt. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 217. 1899.)

Für das kindliche, wahrscheinlich [sicherlich. Ref.] auch für das spätere Alter ist es als Regel anzusehen, dass in Betreff der Behandlung zwischen metapneumonischen, bez. pneumokokkischen und anderen Empyemen („die tuberkulösen bleiben überhaupt bei Seite") kein Unterschied zu machen sei: sie sollen so rasch und so vollständig wie möglich entleert werden, mögen sie gross oder klein sein.

Aufrecht (Magdeburg).

330. **Ueber Chylothorax**; von Prof. E. Hahn. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25. 1899.)

Es handelt sich um einen durch Ueberfahren verunglückten Kutscher, der nach ungefähr 4wöchiger Krankenhausbehandlung starb. In dieser Zeit wurden durch Punktion 29650 ccm Chylus entleert. Die *Sektion* ergab Verletzung und Callusbildung am 9. und 10. Brustwirbel und Ruptur des Ductus thoracicus an dieser Stelle.

Die Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen 8 Fälle beweist, dass Chylothorax traumaticus durch die geschützte Lage des Ductus thoracicus eine seltene Erkrankung ist.

H. Beschorner (Dresden).

331. **Untersuchungen über den Keimgehalt normaler Bronchiallymphdrüsen**; von Dr. Joh. Kälble. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19. 1899.)

K. weist mit allen Hülfsmitteln der histologischen und bakteriologischen Diagnostik nach, dass Krankheiterreger bei vollkommen gesunden Individuen in die Lunge gelangen und von hier, ohne Schädigungen zurückzulassen, sich auf dem Wege durch die Lymphgefässe in den Bronchialdrüsen ablagern können. Insbesondere fand er, dass in den makroskopisch und mikroskopisch gesunden Bronchialdrüsen von ganz tuberkulosefreien Menschen, die an akuten Krankheiten oder durch Unglücksfälle gestorben waren, sich in 8% virulente Tuberkelbacillen vorfanden. Es genügt daher nach K.'s Ansicht die Anwesenheit eines Krankheiterregers allein noch nicht, um die Bronchialdrüsen krank zu machen, sondern es müssen noch sekundäre Schädlichkeiten mitwirken. Gehen die Infektionkeime durch das natürliche Filter der Bronchialdrüsen, so können sie entweder in der Blutbahn zu Grunde gehen oder an irgend einem Locus minoris resistentiae ihre pathologische Wirkung entfalten. Hierin sieht K. einen wichtigen Fingerzeig für die Pathogenese solcher Infektionkrankheiten, deren Eingangspforte aufzufinden bisher nicht gelungen ist.

H. Beschorner (Dresden).

332. **Die Diazoreaktion des Harns**; von Dr. P. Clemens. Aus der med. Universitätklinik zu Freiburg i. B. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 74. 1899.)

Der 1. Theil der Arbeit C.'s wird von sehr genauen chemischen Untersuchungen über die Diazoverbindungen und die Bedingungen, unter denen ihre Reaktionen auftreten, eingenommen. Aus dem klinischen (2.) Theile ist hervorzuheben, dass die Reaktion sich niemals im normalen Harne findet, dass sie überhaupt fast nur bei Infektionkrankheiten vorkommt, während sie von nicht infektiösen Krankheiten bisher nur bei Herzkrankheiten, Thrombosen und gewissen Tumoren beobachtet wurde. Bei Abdominaltyphus ist sie eines der häufigsten Symptome; ihr positiver Ausfall lässt fieberhafte Gastrokatarrhe mit Sicherheit ausschliessen, gestattet aber keine Abgrenzung gegen tuberkulöse Processe (insbesondere Miliartuberkulose) und gegen Sepsis, Flecktyphus, Masern (hier ist der positive Ausfall nach abgelaufenem Exantheme bei Crouperscheinungen besonders wichtig zur Differentialdiagnose gegenüber Diphtherie), Scarlatina, bei denen Diazoreaktion ebenfalls ziemlich häufig ist. Bei Urticaria und Arzneiexanthemen kommt die Reaktion nie vor. Ueber das Auftreten der Diazoreaktion bei tuberkulösen Processen sind die Meinungen verschieden; prognostisch ist ihr Auftreten entschieden ungünstig; besonders häufig ist sie jedenfalls bei Miliartuberkulose, ziemlich häufig kommt sie vor bei Peritonäaltuberkulose und *tuberkulöser* Meningitis. Chlorose, Anämie, Diabetes, Arthritis urica geben niemals Diazoreaktion des Harns, häufig dagegen perniciöse Anämie und Leukämie.

C. spricht die Vermuthung aus, dass der fragliche Stoff nicht lokal irgendwo gebildet werde, sondern dass er ein abnormes und relativ specifisches Zerfallsprodukt des Körpereiweisses sei, dass dann, meist im ganzen Körper gebildet, dem Blute zugeführt und, bei sonst intakten Nieren, leicht und relativ concentrirt ausgeschieden wird.

H. Beschorner (Dresden).

333. 1) **Das Verhalten der Harnsäure im thierischen Organismus**; von Prof. W. His jun. in Leipzig. (Verhandl. d. XVII. Congr. f. innere Medicin. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. p. 315.)

2) **Die Ausscheidung von Harnsäure im Urin der Gichtkranken, mit besonderer Berücksichtigung der Anfallszeiten und bestimmter Behandlungsmethoden.** In Verbindung mit Dr. Cohnheim, Dr. Freudweiler, Dr. Respinger und Dr. H. His; von Prof. W. His jun. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 156. 1899.)

„Mit der Gicht geht es uns wie mit so vielen anderen Stoffwechselkrankheiten, deren Wesen man einst glaubte erkannt zu haben; es ist ein Haupt-

verdienst der Arbeiten des letzten Jahrzehntes, dass sie mit den alten Scheinwahrheiten aufgeräumt haben; nun ist Tabula rasa, und wir müssen zunächst langsam und mühselig ein neues Thatsachenmaterial schaffen, aus denen sich neue Vorstellungen über die Natur und Ursachen dieser Krankheiten ableiten lassen".

In seiner ersten Mittheilung berichtet H. über die Erscheinungen, die sich bei *Thieren* nach der *Einspritzung einer Aufschwemmung von saurem harnsauren Natron* einstellen. Die Erscheinungen sind denen der Gicht sehr ähnlich, oder lassen sich doch mit diesen in Uebereinstimmung bringen. Charakteristisch für diese Einspritzungen ist, dass sie eine schnell eintretende, lebhafte und lang andauernde Zellenzuwanderung bewirken, und dass sie eine starke Nekrose hervorrufen, die ganz beträchtlich über die Grenzen des erzeugten Krystallherdes hinaus geht. Diese letztere Thatsache macht die Annahme Ebstein's, die Nekrose wäre das Erste, der Harnsäureniederschlag das Zweite, hinfällig.

Einspritzungen unter die Haut erzeugen Gebilde, die den bekannten Tophi durchaus entsprechen, wenn man letztere auch meist erst in älteren, vorgerückten Stadien zur Untersuchung bekommt. Einspritzungen in die Gelenke lassen sich in ihren Folgen mit denen des Gichtanfalles nicht ohne Weiteres vergleichen, da bei ihnen die Harnsäure nicht in den Knorpel gelangt, trotzdem sind aber die reaktiven Erscheinungen in beiden Fällen einander sehr ähnlich.

Bei der Aufsaugung der Harnsäureherde spielt neben der Harnsäurelösung zweifellos die Phagocytose eine grosse Rolle. Was aus der von Zellen aufgenommenen Harnsäure wird, vermag H. noch nicht sicher zu sagen.

In der zweiten Arbeit berichtet H. über das Ergebniss *zahlreicher Harnuntersuchungen an Gichtkranken* unter den verschiedensten Umständen.

Es zeigte sich dabei, dass die mittlere tägliche Harnsäureausscheidung bei Gichtkranken sich in nichts von der bei Gesunden unterscheidet, dass sie auch dieselben grossen unerklärten Schwankungen zeigt, wie die der Gesunden, was zu grosser Vorsicht bei der Verwerthung tageweise durchgeführter Bestimmungen mahnt. Zum akuten Gichtanfalle zeigt die Harnsäureausscheidung ganz bestimmte Beziehungen; sie sinkt 1—3 Tage vor dem Anfalle und während des Anfalles ganz beträchtlich ab, um danach zu steigen, wobei der Höhepunkt auf den 1. bis 5. Tag fällt. Die mittlere tägliche Harnausscheidung der Gichtkranken in den Anfalls- und in den Ruheperioden zeigt keine charakteristischen Unterschiede. Von den bekannten „Heilmitteln" beeinflussen Natron bicarbonicum, Fachinger Wasser, Fachinger Salz (Sandow) und die Citronenkur die Harnsäureausscheidung nicht nachweislich, Lithion carbonicum setzt sie etwas herab.

Die Vorgänge bei dem akuten Gichtanfalle stellt man sich nach H. zur Zeit am besten so vor: „Aus bisher unbekannten Gründen wird im Knorpel u. s. w. Urat abgelagert, das dem im Körper cirkulirenden Vorrath von Harnsäure oder deren Vorstufen entstammt. Dies prägt sich in einer Verminderung der Harnsäureausfuhr aus, die dem Anfalle um 1—3 Tage vorausgeht. Die abgelagerten Urate werden, nachdem sie Entzündung erregt, durch Lösung und Phagocytose zum grösseren oder geringeren Theile wieder in Cirkulation gesetzt und mit dem Harn ausgeschieden. Das Maximum der „Harnsäurefluth" fällt auf den 1. bis 3. Tag nach Beginn des akuten Anfalls." Dippe.

334. **Zwei Beiträge zur Lehre von der Acetonurie**; von Dr. Hugo Lüthje. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 38. 1899.)

Woher stammt das Aceton bei der Acetonurie? Man hat es als Ausdruck einer Säurevergiftung angesehen. Dann müsste die starke Säurebildung, die nach Strychninkrämpfen, oder nach epileptischen Anfällen auftritt, zur Acetonurie führen, das ist aber trotz einiger gegentheiligen Angaben nach L.'s Untersuchungen nicht der Fall. Er konnte weder bei Hunden nach schwerer Strychninvergiftung, noch bei zahlreichen Epileptikern nach schweren Anfällen Aceton regelmässig oder in erheblicher Menge im Harne nachweisen. Vielleicht stammt das Aceton aus dem Darme? Auch diese Annahme glaubt L. zurückweisen zu müssen. Er konnte in einem Falle feststellen, dass die Acetonausscheidung durch Calomeldarreichung in keiner Weise beeinflusst wurde, und meint, dass die geringen Mengen von Aceton, die man im Darme findet, eher auf eine Ausscheidung in den Darm schliessen lassen. — Die Frage, woher das Aceton stammt, ist zur Zeit noch nicht beantwortet.

Dippe.

335. **Die Concentration des Harnes und Blutes bei Nierenkrankheiten mit einem Beitrag zur Lehre von der Urämie**; von Dr. Ludwig Lindemann. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 1. 1899.)

Bei den bisherigen Harnuntersuchungen ist die Concentration des Harnes auffallend vernachlässigt worden. Man begnügte sich in der Hauptsache damit, aus der Menge, der Farbe, dem specifischen Gewichte des Harnes ziemlich zweifelhafte Schlüsse auf die Concentration zu machen. Um diese Lücke auszufüllen, hat L. zahlreiche Harne derart untersucht, dass er die Gesammtmenge und das specifische Gewicht genau feststellte, Stickstoff und Kochsalz und den Gefrierpunkt bestimmte. Auf die Bestimmung des Gefrierpunktes legt L. ganz besonderen Werth, sie ergiebt die Concentration einer Lösung am leichtesten und sichersten, da sie nicht, wie die Bestimmung des specifischen Gewichtes und des Trockenrückstandes von dem Ge-

wichte der vorhandenen Stoffe, sondern von deren Molekülzahl abhängige Werthe liefert. L. glaubt, dass eine derartige Bestimmung der Concentration des Harnes Schlüsse auf die Leistungfähigkeit der Nieren gestattet und u. A. von erheblichem diagnostischen Werthe sein kann.

Wir geben die Schlüsse, die er aus seinen *Harnuntersuchungen* zieht am besten mit seinen eigenen Worten wieder: „Die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung des Harnes erlaubt bei gleichzeitiger Kenntniss der täglichen Harnmenge Albuminurien ohne entzündliche Vorgänge in den Nieren von den durch Nephritiden erzeugten zu erkennen. Denn, während der Gefrierpunkt des normalen Harnes bei mittleren Harnmengen zwischen — 1.30° und — 2.30° schwankt und ausserhalb dieser Breite liegende Werthe, wie bis — 0.90° und — 2.73° auch bei den Individuen, bei welchen sie beobachtet werden, nur vereinzelt und ausnahmsweise neben den gewöhnlichen Werthen gefunden werden, ist die Gefrierpunktserniedrigung des Harnes bei allen Nierenentzündungen vorhanden und damit auch die Concentration viel geringer; bei mittleren Harnmengen ist der Gefrierpunkt meistens weniger als — 1.00°. Die Gefrierpunktserniedrigung zeigt charakteristische Unterschiede zwischen den parenchymatösen und den interstitiellen Nephritiden; bei ersteren ist die Concentrationsverminderung viel bedeutender als bei letzteren und tritt namentlich bei kleinen Harnmengen sehr hervor. Die Concentrationsverminderung ist nicht selten so bedeutend, dass der Harn geringeren Gefrierpunktswerth besitzt, als das normale Blutserum. Die Bestimmung der Concentration des Harnes lässt zwar akute und chronische parenchymatöse Nephritiden nicht von einander unterscheiden, dagegen lässt sie deutlich die Restitution, die eintretende Heilung erkennen, da dann die Gefrierpunktserniedrigung abnimmt und wieder normale Werthe erreicht. Die Gefrierpunktserniedrigung gestattet bei chronischen parenchymatösen Nephritiden häufig den Uebergang in sekundäre Schrumpfung zu erkennen; sie nimmt wieder zu und erreicht Werthe, ähnlich denen bei primärer genuiner Schrumpfniere.

Die übrigen Albuminurien, bei Stauungsniere, beim Fieber, bei Cystitis und Pyelitis sind durch das Fehlen einer Verminderung der Gefrierpunktserniedrigung charakterisirt. Ausnahme davon machen nur Collapszustände, bei welchen geringe Harnmengen mit ausgesprochener Concentrationsverminderung vorkommen. Tritt bei einer Cystitis und Pyelitis eine Verminderung der Concentration des Harnes bei mittleren Harnmengen ein, so ist ein Uebergreifen des Entzündungsprocesses vom Nierenbecken auf das Nierengewebe selbst sehr wahrscheinlich. Die Berechnung der Gesammtmenge der durch den Harn ausgeschiedenen Stoffe bei Nierenentzündungen lässt häufig auf eine Retention von harnfähigen Stoffen schliessen."

L. hat dann seine Untersuchungen auch auf das *Blut* der Nierenkranken ausgedehnt und glaubt dabei dem Wesen der *Urämie* näher gekommen zu sein. Das Blutserum zeigt bei den verschiedenen Formen der Nephritis eine ganz normale Concentration, so lange keinerlei urämische Erscheinungen vorhanden sind. Treten letztere auf, so findet man eine Erhöhung der Concentration und damit des osmotischen Druckes im Blutserum, die sich in einer beträchtlichen Erniedrigung des Gefrierpunktes bis zu — 0.70° äussert. L. ist geneigt, in dieser Erhöhung des osmotischen Druckes die wichtigste Ursache der urämischen Erscheinungen zu sehen, er zeigt, wie sie die Erscheinungen sehr wohl zu erklären vermag und wie ganz die gleichen Erscheinungen entstehen, wenn man durch die Einspritzung grosser Mengen von concentrirter Salzlösung die Concentration des Blutes künstlich erhöht. Auch mit den therapeutischen Erfahrungen stimmt L.'s Auffassung gut überein. Wenn man einen Aderlass macht und danach „physiologische" Kochsalzlösung (Gefrierpunkt — 0.38°) einspritzt, so kann man den osmotischen Druck des Blutes beträchtlich herabsetzen. Statt der 0.6proc. nimmt man vielleicht noch besser eine 0.3proc. Kochsalzlösung.

D i p p e.

336. **Ueber Fixation und Conservirung von Harnsediment**; von Dr. M a r t i n C o h n. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1. 2. 3. p. 26. 1899.)

Man streiche das Sediment auf ein Deckgläschen und lasse es an der Luft antrocknen (Erhitzen zerstört die Cylinder und führt zur Bildung sehr störender Salzkrystalle). Dann lege man das Deckgläschen 10 Minuten lang in 10proc. Formalinlösung und nach kurzem Auswaschen in Wasser 10 Minuten lang in eine concentrirte Lösung von Sudanfarbstoff in 70proc. Alkohol. Kurzes Abspülen in 70proc. Alkohol; Nachfärben mit Hämatoxylin E h r l i c h; Abspülen in Wasser; Einschliessen in Glycerin. Die Präparate heben die verschiedenen Gebilde gut heraus, lassen etwaiges Fett vortrefflich erkennen und stellen die Kernverhältnisse der vorhandenen Zellen vortrefflich dar.

D i p p e.

337. **Pseudoleukämie und Lymphosarkomatose**; von Dr. W i l h e l m T ü r k. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 40. 1899.)

Die „Pseudoleukämie" gilt schon lange nicht mehr als einheitliches Krankheitbild. T. räth auf Grund einer eigenen Beobachtung und des in der neueren Literatur Niedergelegten den Namen ganz fallen zu lassen, und das, was man bisher darunter zusammenfasste, seinem Wesen nach zu trennen. Man erhält dann eine Anzahl von Fällen, denen Tuberkulose oder Sarkomatose zu Grunde liegt, und man erhält eine Gruppe von Fällen, in denen es sich um eine durchaus eigenartige, in ihrer Aetiologie uns noch völlig dunkele hyperplastische Geschwulstbildung im lymphatischen Systeme handelt.

Von diesen letzteren Fällen, auf die T. sehr genau eingeht, ist bereits eine ganze Anzahl bekannt, aber sie sind bisher falsch gedeutet worden, indem man sie zum Theil wie gesagt zur Pseudoleukämie, zum Theil zur Lymphosarkomatose, zum Theil wohl auch zur lymphatischen Leukämie rechnete. Hier thut genaueres Zusehen Noth. Bei sorgfältigerer Beachtung aller Erscheinungen und bei eingehenderer Untersuchung wird sich eine Krankheit bestimmen lassen, die man als *Lymphomatose* bezeichnen kann, mit gewissen Unterarten je nach Ausdehnung und Verlauf. Als gutes Beispiel für diese Lymphomatose kann der von T. ausführlich geschilderte Fall dienen und zu ihr gehört wohl das Meiste von dem, was bisher als primäre lienale Pseudoleukämie beschrieben worden ist.

Dippe.

338. **Alcune osservazioni sulla linfemia**; per A. Bignami. (Policlinico V. 1. p. 18. 1898.)

B. bringt zunächst folgenden bemerkenswerthen Fall.

Bei dem 20jähr. Kr. hatte sich in 2 Monaten eine schwere Anämie entwickelt. Der Blutbefund war der einer Lymphämie: bei bedeutender Verminderung der Zahl der rothen Elemente enorme Mengen von Lymphocyten, und zwar in überwiegender Mehrzahl kleine Formen mit gut färbbarem Kern, daneben grosse, weniger gut färbbare Formen, die letzteren nicht selten im Zustande der Karyokinese. Den Lymphocyten gegenüber traten die anderen weissen Elemente ganz zurück: es fanden sich nur 6—7% polynucleäre Zellen, höchstens 1% eosinophile Zellen und gar keine sogen. Markzellen. Kernhaltige rothe Blutkörperchen waren ebenfalls nur spärlich vorhanden, und zwar nur Normoblasten. Die Milz war nur wenig vergrössert, die Halslymphdrüsen waren mässig geschwollen. Auffallend war eine verbreitete Dämpfung über dem Brustbeine. Ohne dass Complikationen eintraten, starb der Kr. schon 3 Wochen nach dem Eintritte in's Krankenhaus. Bei der *Sektion* war der interessanteste Befund: eine beträchtliche Hyperplasie der Thymus. Ausser den Halslymphdrüsen waren die mediastinalen und die retroperitonäalen Drüsen vergrössert. Umschriebene lymphatische Neubildungen fanden sich noch in der Leber, der Submucosa des Magens und vor Allem in den Nieren. Das Mark sowohl der langen Röhrenknochen, als der kurzen spongiösen Knochen sah makroskopisch wie gewöhnliches rothes Knochenmark aus; bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte es allerdings ein wesentlich anderes Verhalten. Die sogen. Markzellen fehlten fast vollkommen und auch die kernhaltigen rothen Blutkörperchen waren nur spärlich vertreten. Dafür fand sich eine ungewöhnliche Menge von grossen und kleinen Lymphocyten. Die mikroskopische Untersuchung der Thymus ergab eine einfache Hyperplasie; Kerntheilungvorgänge waren nicht selten.

Trotz des anscheinend so schnellen Verlaufes zählt B. seinen Fall nicht zu der Gruppe der akuten Leukämien, weil die hämorrhagische Diathese ganz fehlte; es handle sich um eine chronische Form, die aber lange Zeit latent verlief und erst in den letzten Wochen schwerere Symptome machte.

Mit Recht betont B. die Seltenheit einer so beträchtlichen Thymushyperplasie, die als die primäre Erkrankung erscheine und die Veränderungen der Milz und der Lymphdrüsen ganz zurücktreten lasse. Eine sehr ähnliche Beobachtung habe Palma (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 1892) gemacht.

Bemerkenswerth ist auch die Betheiligung des Knochenmarkes bei der Produktion der Lymphocyten. Es hat seinen hämatoblastischen Charakter verloren und ist eine „lymphocytische Metaplasie" eingegangen. Das auffällige Verschwinden der Markzellen, wie es B. in seinem Falle beobachtet hat, würde die bei der lymphatischen Leukämie gewöhnlich gefundene, aber bisher sehr verschieden gedeutete Verminderung der Zahl der polynucleären Zellen erklären, die nach Ehrlich, Zenoni u. A. Abkömmlinge der Markzellen sind. Der Knochenmarksbefund in B.'s Falle würde auch das Fehlen oder nur höchst spärliche Vorkommen der Markzellen und der kernhaltigen rothen Blutkörperchen im Blute der Lymphämischen (Hayem, Rieder u. A.) erklären.

Kerntheilungvorgänge scheinen bisher bei der lymphatischen Leukämie nur sehr selten beobachtet zu sein. B. hat sie im Blute (und zwar besonders in den grossen Lymphocyten), viel häufiger noch in der hyperplastischen Thymus gesehen.

In Lebern von Leukämischen hat B. (ausser den von M. B. Schmidt beschriebenen Veränderungen) in den geschwollenen Endothelien der Capillaren nicht selten Leukocytenkerne und Reste von zerfallenen Kernen gefunden, die offenbar von den innerhalb der Capillaren angehäuften Leukocyten stammten, da diese vielfach Rückbildungvorgänge erkennen liessen. Diese Befunde beweisen das Vorkommen einer reichlichen Auflösung von Leukocyten in den inneren Organen, wie sie neuerdings von A. Fränkel als Ursache der bei Leukämischen unter gewissen Bedingungen (besonders im Verlaufe von Infektionkrankheiten) beobachteten schnellen Abnahme der Leukocytenmenge angenommen worden ist; und B. vermuthet, dass diese Auflösung von weissen Blutkörperchen, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch vornehmlich in der Leber vor sich gehe.

Um die Ueberschwemmung des Blutes mit Leukocyten zu erklären, hat Benda auf die in leukämischen Neubildungen gefundene Infiltration der Venenwandungen mit Leukocyten hingewiesen. Da auch das Endothel von zelligen Elementen durchsetzt sei und die bei der Tuberkulose und beim Krebs unter ähnlichen Bedingungen so leicht entstehende Thrombose bei der Leukämie nicht zu Stande zu kommen pflege, so hindere nichts den massenhaften Uebertritt der Zellen in das Blut. B. konnte die Angaben Benda's vollkommen bestätigen, aber er hat in pseudoleukämischen Lymphomen genau dieselben Verhältnisse gefunden. Die Frage, warum bei denselben Organveränderungen im einen Falle das Blut leukämisch wird, im anderen aber nicht, bleibt also offen; B. denkt an funktionelle Verschiedenheiten der Zellen, die ihnen das eine Mal den Eintritt in das Blut ermöglichen, das andere Mal nicht. Janssen (Rom).

339. **Nuovi studi sulla splenomegalia con cirrosi epatica**; per G. Banti. (Policlinico V. 5. p. 104. 1898.)

Die 1894 zuerst von B. beschriebene Krankheit scheint bisher besonders in Italien beobachtet worden zu sein, wo sie auch nach dem Florentiner Pathologen benannt worden ist. In der vorliegenden Arbeit theilt B. 3 weitere Fälle mit.

Fall I. 29jähr., früher stets gesunde Frau. Seit 3 Jahren langsam zunehmende Anämie mit Milzschwellung. Arsenkuren nur von vorübergehendem Erfolge. Bei der Aufnahme in die Colzi'sche Klinik sehr grosser Milztumor; deutliche Vergrösserung der Leber; kein Ascites. Blutbefund: Hämoglobin 38, $3^1/_2$ Mill. rothe Blutkörperchen, 6800 weisse Blutkörperchen. 3 Monate nach der Aufnahme Abnahme der Urinmenge, beginnender Ascites. Gravidität im 4. Monate. Etwa 1 Monat später Splenektomie. 2 Tage danach Abort. Entfernung zurückgebliebener Eireste mit dem scharfen Löffel. Tod an Peritonitis. Anatomischer Befund: Die Milz zeigte die früher von B. beschriebenen Veränderungen, die Leber beginnende Cirrhose. Uterusperforation, diffuse eitrige Peritonitis.

Fall II. 43jähr., früher gesunde Frau. Seit 7 Jahren Milztumor und progressive Anämie. Vor 1 Jahre normale Geburt. Bei der Aufnahme sehr grosser Milztumor, keine Lebervergrösserung, kein Ascites. Blutbefund ungefähr wie bei Fall I. In den nächsten Monaten wiederholt kurze Fieberanfälle, während der die Milz sich verkleinerte. Im Blute keine Malariaparasiten. Auch aus dem Milzblute waren keine Bakterien zu züchten. Nach 4 Monaten Splenektomie. Bei der Operation zeigte sich die Leberoberfläche wenig, aber deutlich granulirt. Seitdem schnell fortschreitende Besserung der Anämie. Nach 19 Monaten vollkommenes Wohlbefinden, keine Zeichen einer Lebererkrankung.

Fall III. 18jähr. Kr. Seit 5—6 Jahren progressive Anämie mit Fieberanfällen. Keine Malaria. Sehr grosser Milztumor, keine Lebervergrösserung. Nach der Splenektomie wie im Fall II schneller Rückgang der Anämie. $2^1/_2$ Jahre nach der Operation war der Kr. noch vollkommen gesund. In der Milz die charakteristischen Veränderungen.

Nach diesen neueren Beobachtungen glaubt B. an seiner bisherigen Auffassung der Krankheit festhalten zu sollen. Als das Wesentliche sieht er die Milzerkrankung an. Nur von ihr sei die Anämie abhängig. Wie sich bei zweien der drei neuen Kranken (die dritte Kranke starb an einer puerperalen Complikation) gezeigt habe, gehe die Anämie mit der Entfernung der Milz prompt zurück. Auch die Lebercirrhose, die das Krankheitbild vervollständigt, bringt B. in unmittelbaren Zusammenhang mit der Milzerkrankung. Die Anämie könne die Ursache der Cirrhose nicht sein; denn Anämien führten zu Degenerationprocessen in der Leber, nicht zur Bindegewebewucherung. Besonders bemerkenswerth sei der histologische Befund an der Milzvene und der Pfortader im Falle I. Es bestand eine chronische Endophlebitis der Milzvene und der Pfortader in ihrem untersten Abschnitt von der Eintrittstelle der Milzvene an, während die anderen Wurzeln des Pfortaderstammes frei waren; also ein Verhalten, das auf den Uebergang einer reizenden Substanz von der Milz in die Leber deute, mit Schädigung der entsprechenden Venenwandungen und des Lebergewebes. Schliesslich habe im Falle II die Entfernung der Milz die Weiterentwickelung der bei der Operation nachgewiesenen Lebercirrhose aufgehalten.

B. betont ausdrücklich, dass die Lebercirrhose der Krankheit erst ihr eigenartiges Gepräge gebe. Gerade die Lebercirrhose unterscheide sie von der Anaemia splenica, mit der die Krankheit in ihrem Anfangstadium verwechselt werden könne. Darum könne auch im Falle III die Diagnose zweifelhaft sein; entscheidend seien hier die charakteristischen Milzveränderungen. Später, mit dem Auftreten des Ascites, träten die Erscheinungen der Cirrhose ganz in den Vordergrund.

Die Aetiologie der Krankheit bleibt dunkel. Auch in diesen 3 Fällen hatte sie sich ohne nachweisbare Ursachen entwickelt, namentlich war keine Malaria vorausgegangen. Eine Beziehung zu früheren Infektionkrankheiten oder Magendarmaffektionen besteht nach B. nicht. Krankheiterreger sind auch von anderen Forschern bisher nicht gefunden worden.

Den Krankheitverlauf theilt B. in 3 Stadien: das Stadium anaemicum, das 5—10 Jahre dauern kann, das Stadium intermedium, in dem die beginnende Cirrhose die ersten Stauungserscheinungen macht, endlich das höchstens 1 Jahr dauernde Stadium asciticum.

Die Behandlung bestehe in der Splenektomie. Mit der Arsenbehandlung seien nur vorübergehende Besserungen zu erzielen, aber nie vollständige Heilung. Dagegen sei die wo möglich noch im Stadium anaemicum und spätestens im Stadium intermedium auszuführende Splenektomie ein wirklich radikales Heilmittel. Janssen (Rom).

340. **Nuove osservazioni sulla calcolosi pancreatica**; per V. Giudiceandrea. (Bull. della Soc. Lancis. degli Osped. di Roma XVIII. 2. p. 119. 1898.)

Auf seine früheren Beobachtungen verweisend, theilt G. einen neuen Fall von Pankreassteinkolik mit, der sich durch die Vollständigkeit des Krankheitbildes auszeichnet. Die Diagnose war bald gesichert durch den Abgang von charakteristischen mörtelartigen Conkrementen, die aus reinem phosphorsauren Kalk bestanden und keine Spur von Gallenfarbstoff enthielten. Auch der Sitz der Kolikschmerzen im Epigastrium und unterhalb des linken Rippenbogens war sehr bezeichnend. Ausser diesen Cardinalsymptomen wiesen noch auf das Pankreas hin: 1) die bei dem Fehlen aller Zeichen von Gallenstauung bestehende Steatorrhöe, 2) die gewiss nur äusserst selten beobachtete Lipurie, 3) das Auftreten von Zucker im Urin nach den Koliken.

Da als Ursache der Steinbildung ein Katarrh der Schleimhaut des Ductus Wirsungianus anzunehmen ist, so besteht die Behandlung nach G. zunächst in der Anwendung der Alkalien. Bei

der Absperrung des Pankreassaftes vom Darm ist die Diät entsprechend abzuändern und nach G. mit Vortheil Pankreatin zu verabreichen. Bei schweren Einklemmungserscheinungen, Compression des Ductus choledochus und bei gleichzeitigem Bestehen eines Abscesses ist chirurgische Hülfe unbedingt erforderlich. Janssen (Rom).

341. **Sur un syndrome clinique non Addisonien à évolution aiguë, lié à l'insuffisance capsulaire**; par Em. Sergent et Léon Bernard. (Arch. gén. de Méd. N. S. II. 1. p. 27. Juillet 1899.)

Es giebt bekanntlich viele Fälle, in denen die Symptome der Addison'schen Krankheit nicht mit der charakteristischen Nebennierenstörung verbunden sind, und umgekehrt, in denen sich das klinische Krankheitbild und die anatomische Störung nicht decken. Nach den Vff. liegt der Grund hierfür darin, dass die Zerstörung der Nebennieren, wenn sie allein, d. h. ohne gleichzeitige Nervenstörung besteht, ein von der Addison'schen Krankheit verschiedenes, eigenthümliches Krankheitbild hervorruft, das den schon von Brown-Séquard nach der Exstirpation der Nebennieren beobachteten Erscheinungen entspricht, und das je nach dem Grade der Störung foudroyant (mit plötzlichem Tode) oder akut oder subakut (unter raschen oder langsamen Intoxikationerscheinungen) verläuft. Die blitzartigen Fälle mit unerwartetem tödtlichen Ausgange bei anscheinend völliger Gesundheit sind für den Kliniker und den Gerichtsarzt von besonderem Interesse und müssen ihn veranlassen auch da, wo der Tod nach einer Verletzung oder Operation im Collaps oder Koma, oder unter epileptiformen Krämpfen erfolgte und der Gedanke an eine Gehirnstörung nahe liegt, die Nebennieren genauer zu untersuchen. Die Ergebnisse ihrer Arbeit stellen die Vff. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Zerstörung der Nebennieren (Tuberkulose, Krebs) kann foudroyante (blitzartig tödtliche), akute oder subakute (Vergiftungs-) Erscheinungen hervorrufen, die den Ergebnissen der experimentellen Zerstörung der Nebennieren entsprechen.

2) Dieser Symptomencomplex, der auch bei der Addison'schen Krankheit, als akut hinzutretende Episode, vorkommen kann, darf nicht mit der Bronzekrankheit, die stets mit Melanodermie verbunden ist, verwechselt werden.

3) Er verhält sich zur Nebennierenstörung ähnlich wie der Icterus gravis zur akuten oder chronischen Hepatitis.

4) Er hat mit der Bronzekrankheit nur die Nebennierenstörung gemein, die auch ohne die erstere vorhanden sein kann.

5) Störung der Nebennieren ist nicht nothwendig mit Addison'scher Krankheit verbunden, und man würde nur den Theil für das Ganze nehmen, wollte man als Addison'sche Krankheit alle klinischen Processe bezeichnen, die mit den destruktiven Veränderungen der Nebennieren verbunden sind.

6) Richtiger ist es, den Rahmen der Pathologie der Nebennieren zu erweitern und die Addison'sche Krankheit nicht mehr als alleinige klinische Aeusserung der Nebennierenstörungen zu betrachten.

7) Der Kliniker und der Gerichtsarzt müssen im Auge behalten, dass die Insufficienz der Nebennieren foudroyante, akute oder subakute Zufälle mit plötzlichem Tode unter Vergiftungserscheinungen hervorrufen kann.

H. Meissner (Leipzig).

342. **Un caso di Morbus Addisoni**; studio del Dott. Cominotti. (Estratto del Periodico Riv. Veneta di Sc. med. XIV. 11; Giugno 1898.)

Eine 40jähr. Frau, die vor 12 Jahren von rechtseitigem Empyem durch Thorakocentese geheilt worden war und vor 10 Jahren an rechtseitiger Ischias gelitten hatte, aber sonst, mit Ausnahme verschiedener Kinderkrankheiten, immer gesund gewesen war, erkrankte vor 3 Jahren plötzlich mit nervöser Unruhe, Schwindel, Schmerzen in der Sacralgegend, Krämpfen und Bewusstlosigkeit. Am folgenden Tage war sie äusserst hinfällig, appetitlos und litt an Brechneigung und Schwindel; nach einigen Tagen zeigte sie bräunliche Färbung des Gesichts, der Hände, des Rumpfes und der unteren Gliedmaassen, sowie einen thalergrossen, dunkelbraunen Fleck auf der Brust; vor 8 Monaten bekam sie ein vereiterndes Lymphom am Halse. Die Untersuchung ergab ausserdem mehrere bohnengrosse, schiefergraue Flecke auf der Zunge und am weichen Gaumen, ferner eine wallnussgrosse, harte, etwas schmerzhafte Geschwulst im rechten Hypochondrium, sowie anämische Geräusche im Herzen und in den Jugularvenen. Durch 6 Monate lang fortgesetzte Behandlung mit trocknem Nebennierenextrakt (Suprarenadin *Merck*, 0.20 g, 4—5mal täglich) besserte sich der Zustand etwas, bis vor 1 Monat wieder ein heftiger Anfall von Adynamie mit Erbrechen und Durchfall sich einstellte und die Kr. in das bürgerliche Hospital zu Triest aufgenommen wurde. Nach einer subcutanen Einspritzung von Suprarenadin (1 g in 10 g physiologischer Salzlösung) liess der Anfall wieder nach, die Hautfärbung wurde heller und die Kr. erholte sich, bis 14 Tage später eine neue Verschlimmerung mit Intoxikationerscheinungen eintrat, die nach 2 Tagen zum Tode führte. Die Untersuchung des Blutes ergab eine beträchtliche Vermehrung der Leukocyten, und zwar betrug die Zahl der polynuclearen Zellen anfangs 54%, der mononuclearen 35%, der eosinophilen Zellen und Uebergangsformen 8%; nach 4monatiger Behandlung mit Suprarenadin 65, 27 und 7%; die rothen Blutkörperchen waren etwas blass, ohne Makro- und Mikrocyten und ohne kernhaltige Zellen.

Es kann hiernach dem Nebennierenextrakt keine objektiv günstige Wirkung zugeschrieben werden, wenn auch die subjektiven Erscheinungen vorübergehend sich gebessert hatten.

Bei der *Sektion* fanden sich die Lungen frei von Tuberkulose, die Milz um das Doppelte vergrössert, weich, dunkelroth, die Nebennieren gleichfalls sehr vergrössert, gänzlich in eine harte, gelbe, käsige Masse verwandelt, ohne Spur eines normalen Gewebes; unter dem Mikroskop zeigten sich Tuberkelbacillen. Verschiedene Mesenterialdrüsen waren gleichfalls verkäst und das Peritonaeum besonders in der Nachbarschaft der Nebennieren und Drüsen, sowie an der Leber mit verstreuten Miliartuberkeln besetzt. H. Meissner (Leipzig).

343. Un cas de mélanodermie arsénicale généralisée simulant la maladie d'Addison; par E. Enriquez et P. Lereboullet. (Gaz. hebd. XLVI. 54; Juillet 1899.)

In Folge fortgesetzter Arsenikbehandlung stellen sich nicht selten gelblich- bis dunkelbraune Pigmentflecke der Haut ein; dagegen wird nur ausnahmeweise, wie im folgenden Falle, allgemeine Melanodermie beobachtet.

Ein 47jähr. Mann, früher immer gesund, begann seit April 1897 etwas abzumagern und bekam im October einen ekzematösen Ausschlag an beiden Füssen und Händen. Vom 19. Oct. an nahm er auf Anordnung des behandelnden Arztes Solut. Fowleri (täglich 16 Tropfen) und setzte die Behandlung fort, auch als sich Mitte Januar 1898 Ohnmachtanwandlungen und Stechen in den Augen mit Conjunctivitis einstellten. Im März zeigte sich zuerst eine dunklere Färbung der Haut, anfänglich nur an einzelnen Stellen, vom April an über den ganzen Körper verbreitet; daneben heftige Conjunctivitis mit Thränenfluss und Trockenheit des Halses. Wegen der allgemeinen Melanodermie, der fortschreitenden Abmagerung und der leichten Adynamie diagnosticirte der Arzt Addison'sche Krankheit und setzte die Arsenbehandlung fort. In der Folgezeit nahmen die Pigmentirung und die Abmagerung zu; dagegen wurden keine gastrointestinalen Erscheinungen, kein saburraler Zungenbelag, keine Lendenschmerzen beobachtet und die Asthenie war bis zum Juni 1899 fast ganz geschwunden. Die Haut war jetzt überall stark pigmentirt wie bei der Addison'schen Bronzehaut, aber nicht gleichmässig; überall, besonders aber am Rumpfe, zeigten sich hellere, undeutlich abgegrenzte, nicht vitiligoartige Flecke, abwechselnd mit ganz dunkeln Flecken; die bei der Addison'schen Krankheit besonders dunkel gefärbten Hände, Füsse und Genitalien waren weniger pigmentirt. An der Mundschleimhaut fand man in der rechten Hälfte der Unterlippe einen linsengrossen violetten Fleck und eine schiefrige Färbung beider Lippencommissuren, sonst keine Pigmentirungen. An beiden Hohlhänden und noch mehr an den Fusssohlen starke Verdickung der Haut und viele harte, linsengrosse, nicht schmerzhafte Knötchen, entsprechend der Keratosis palmaris und plantaris arsenicalis, ohne Pigmentirung; beide Conjunctiven stark injicirt, schmerzhaft; keine Lähmungerscheinungen, keine Veränderungen an den Lungen, dem Herzen u. s. w. nachweisbar.

In den bisher bekannten Fällen von allgemeiner Pigmentirung in Folge von Arsenicismus zeigte sich die Färbung meist erst nach 2—3 Monaten, seltener nach 2—3 Jahren, nur 1mal (nach Rattengift in 1 Falle von Juliano Moreira) höchst akut; stets war das Pigment in helleren und dunkleren Flecken vertheilt und namentlich entsprachen die Fälle von Matthieu und Geyer ganz dem mitgetheilten Falle. Die geringe Menge des einverleibten Arseniks beweist nichts, da hier nach 18 Monate lang fortgesetztem Gebrauche des Arseniks 4 g aufgenommen wurden und die Pigmentirung nach $1^1/_2$ g erfolgte, während in anderen Fällen schon viel geringere Mengen die Pigmentirung hervorriefen. Für diese Annahme würde noch der weitere Verlauf sprechen. In wenigen Fällen (von Richardière u. A.) schwand die Pigmentirung nach dem Aufhören der Arsenikwirkung mehr oder weniger schnell, mit oder ohne Abschuppung und auch hier wurde die Pigmentirung 3 Wochen, nachdem die Arsenikbehandlung aufgehört hatte, auffällig schwächer, der lichenoide Zustand der Hände und Füsse besserte sich, die Conjunctivitis und die Trockenheit im Halse schwand, doch kann bei der chronischen Entwickelung des Processes und der starken Pigmentirung nur ein allmähliches Schwinden der Erscheinungen erwartet werden.

Ueber die Pathogenie der Melanodermie, sowie über die Bedeutung der Nebennieren und des Sympathicus bei der Pigmentbildung vermag auch dieser Fall keine Aufklärung zu geben. Bemerkenswerth war nur, dass das Arsen hier nur die auffälligen Hauterscheinungen, aber keine Verdauungstörungen oder Nervenzufälle hervorrief. Spätere Beobachtungen werden vielleicht ergeben, dass die fleckenweise marmorirte Anordnung des Hautpigments ein Charakteristicum der arsenikalen Melanodermie ist. H. Meissner (Leipzig).

344. Contributo allo studio della spondilosi rizomelica; per V. Ascoli. (Policlin. V. 23. p. 537. 1898.)

A. beschreibt einen neuen Fall von chronischer ankylosirender Entzündung der Wirbelsäule und der grossen Gliedmaassengelenke, jener seltenen Erkrankung, der P. Marie neuerdings den Namen „Spondylose rhizomélique" gegeben hat.

Die 32jähr. Kr. war mit 20 Jahren luetisch inficirt worden. 2 Jahre später erkrankte sie mit heftigen Schmerzen in der rechten Hüfte und im Steissbeine. 5 Jahre nach Beginn des Leidens traten auch Kreuzschmerzen auf, die in die Wirbelsäule ausstrahlten. Die anfangs periodischen Schmerzen wurden bald andauernd und zwangen die Kr., beim Gehen eine gebeugte Haltung einzunehmen. Verschiedene antisyphilitische Kuren brachten ihr nur vorübergehend Erleichterung und vermochten das Fortschreiten der Krankheit nicht aufzuhalten. Nach 3 Jahren (also 8 Jahre nach Beginn der Krankheit) wurden das rechte Bein und bald auch das linke Bein und der linke Arm steif und gebrauchsunfähig. Ungefähr gleichzeitig wurde auch die Wirbelsäule befallen, die allmählich in ihrer ganzen Ausdehnung vollkommen unbeweglich wurde. Bei der Aufnahme in die Baccelli'sche Klinik fiel der gute Ernährungzustand der seit 11 Jahren leidenden und seit 2 Jahren andauernd bettlägerigen Pat. auf. Die Untersuchung ergab zunächst eine vollständige Ankylose der ganzen Wirbelsäule, indessen keine Veränderungen an den einzelnen Wirbeln. Bei Bewegungsversuchen heftige Schmerzen. Auch das linke Schultergelenk und beide Hüftgelenke waren vollkommen steif, der in Adduktionstellung gehaltene linke Oberarm und die bis zu einem Winkel von 90, bez. 100° gebeugten Oberschenkel ganz unbeweglich. Das rechte Schultergelenk war ebenfalls nicht mehr frei, besonders die Abduktion des Armes war beschränkt und schmerzhaft. Während von den Ellenbogengelenken nur das linke und auch dieses nur in geringem Grade ergriffen war, hatten beide Kniegelenke, das linke schon durch die Verlöthung der Kniescheibe mit dem Oberschenkel, ihre Beweglichkeit erheblich eingebüsst. Die distalen Gliedmaassengelenke (der Hand und des Fusses) waren beiderseits vollkommen frei. In der Chloroformnarkose liessen sich in den Kniegelenken und im linken Schultergelenke beschränkte Bewegungen ausführen, wobei ein Krachen zu hören und zu fühlen war; die Wirbelsäule und die Hüftgelenke blieben auch in der Narkose ganz unbeweglich. Wie die Röntgen-Untersuchung bestätigte, fanden sich keine Deformitäten an den Gelenken. Die Musku-

latur des linken Oberarmes und der Ober- und Unterschenkel war mehr oder weniger atrophisch [die elektrische Untersuchung ist unvollständig und deshalb kaum zu verwerthen. Ref.]. Die Sehnenreflexe „lassen sich an den unteren Extremitäten nicht auslösen", an den oberen waren sie deutlich. Hautreflexe lebhaft. Sensibilitätstörungen fehlten. Die inneren Organe nicht nachweislich verändert.

Nach Besprechung der wenigen bisher beobachteten Fälle, unter denen die Fälle Strümpell's, Bäumler's und P. Marie's die wichtigsten sind, kennzeichnet A. die Erkrankung als eine chronische Arthritis, die aber im Gegensatze zu den gewöhnlichen Formen des chronischen Gelenkrheumatismus in erster Linie die Wirbelsäule und an den Gliedmaassen die grossen proximalen Gelenke befällt, um von diesen allmählich auf die weiter distal gelegenen überzugehen. Die chronische Entzündung betrifft nach A. die bindegewebigen Theile des Gelenks: die Gelenkkapsel, die Gelenkbänder und das periartikuläre Bindegewebe, später wohl auch die in der Nähe des Gelenks sich inserirenden Sehnen. Die oft sehr beträchtliche Verdickung und Retraktion kann zu einer vollständigen Ankylose oder, wie A. bei dem Fehlen von Sektionbefunden lieber will, einer „Pseudoankylose" führen.

A. schildert alsdann den Verlauf der Krankheit, die mit Vorliebe jüngere Personen und, wie es scheint, häufiger Männer befällt. In den vorgeschrittenen Fällen sind Kopf, Rumpf und Oberschenkel, vielleicht auch noch die Oberarme, fest mit einander verbunden; die Kranken können schliesslich nur noch liegen, und zwar nehmen sie der Schmerzen wegen in gekrümmter Haltung die Seitenlage ein. Die Behandlung besteht in der Anwendung warmer Bäder, der verschiedenen mechanischen Methoden (Bäumler) und des elektrischen Stromes. Janssen (Rom).

345. **Die chronisch ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule**; von Hoffa. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 247. 1899.)

Das von Strümpell beschriebene Krankheitbild sucht H. sicherzustellen durch Zusammentragen der Casuistik und Hinzufügung eines Falles eigener Beobachtung.

Gemeinsam ist allen Fällen, dass sie mit einer völligen Steifigkeit der Wirbelsäule und einer mehr oder weniger ausgesprochenen Versteifung des Hüftgelenks, gelegentlich auch des Schultergelenks, in die Erscheinung treten. Die Ankylosirung schreitet von unten nach oben fort an der Wirbelsäule. Die kleinen Extremitätengelenke bleiben frei.

Die Differentialdiagnose ist gegen Spondylitis tuberculosa leicht, schwieriger gegen Arthritis deformans. Doch ist nach H.'s Ansicht bei letzterer die Versteifung nicht so vollständig, die Schmerzhaftigkeit dagegen im Allgemeinen erheblicher.

Immerhin scheint dem Ref. hier eine scharfe Grenze nicht gezogen.

Auch die Aetiologie ist nicht klar. Rheumatische Schädlichkeiten kommen in Betracht, aber auch infektiöse Ursachen, ferner übermässige Inanspruchnahme.

Therapeutisch wird Massage und Gymnastik empfohlen. Vulpius (Heidelberg).

346. **Ostéomalacie masculine**; par Berger. (Presse méd. VII. 52. 1899.)

Ein höchst merkwürdiger Fall rasch fortschreitender Osteomalacie der Extremitäten, einsetzend bei einem 20jähr. Manne.

Die Krankheit hatte zu ganz ungeheuerlichen Verbiegungen der Extremitäten geführt, die durch Röntgenbilder genau erkannt werden konnten.

Alle Medikationen erwiesen sich als vergeblich. Vulpius (Heidelberg).

347. **Perichondritis laryngea bei Scharlach**; von Dr. Hugo Kraus. (Prag. med. Wchnschr. XXIV. 29. 30. 1899.)

Bei einem an schwerem Scharlach erkrankten Kinde, das tagelang schwer benommen und delirirend darniederlag, traten plötzlich Erscheinungen von Larynxstenose auf, die zur Intubation und später zur Tracheotomie zwangen. Die Diagnose wurde durch die laryngoskopische Untersuchung auf Larynxabscess gestellt und erfuhr eine Bestätigung, als 24 Std. nach der Operation plötzlich eine grosse Menge Eiter ausgehustet wurde. Das laryngoskopische Bild zusammen mit der Schwere der zu Grunde liegenden Erkrankung, der Status typhosus, in dem das Kind sich befand, erhöhten die Wahrscheinlichkeit, dass eine Perichondritis laryngea vorliege. Der Tod des Knaben erfolgte durch die bald nach dem Durchbruche des Abscesses eintretenden schweren Komplikationen. Die *Sektion* bestätigte die Diagnose, gab jedoch keinen Aufschluss über die Entstehungsweise des Abscesses. H. Beschorner (Dresden).

348. **Ueber einen Fall von chronischem Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege und der Conjunctiva bei vorhandenem Diaphragma des Kehlkopfes**; von Dr. Richard Otto in Dorpat. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 26. 1899.)

In O.'s Falle war, obwohl die laryngoskopisch zu übersehenden Theile des Kehlkopfes und seiner Umgebung Zeichen einer Pemphiguserkrankung nicht darboten, der Process sich vielmehr im Glottisraume abgespielt zu haben schien, die Möglichkeit einer durch die Schleimhauterkrankung bedingten Verwachsung, Membranenneubildung nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen. Der Mangel eines entsprechenden Präcedenzfalles, die Symmetrie der Membran und das übrige Verhalten des Kehlkopfes drängten aber zur Annahme eines Diaphragma congenitalen Ursprunges. Die hier ebenfalls vorliegende Augenliderkrankung, die sich nur auf eine Schrumpfung der Schleimhaut bei vollkommen intakter Oberhaut bezog, ist eine sehr seltene Erkrankung bei Pemphigus.

O. stellt die bisher bekannten 8 Fälle von Pemphigus der oberen Luftwege, die unter Mitbetheiligung der Augenlidschleimhaut verliefen, zusammen. Er kommt zu dem Schlusse, dass man einen exfoliativen Pemphigus von einem adhärent-fibrinösen zu trennen habe. Jeder von beiden habe seine besondere Vorzugstelle, seinen besonderen Verlauf u. s. w. Für die Aetiologie der Krankheit kann die vorliegende Veröffentlichung keine neuen Gesichtspunkte erbringen. H. Beschorner (Dresden).

349. **Ein casuistischer Beitrag zur Gummibildung im Larynx**; von Dr. H. Cordes. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25. 1899.)

Der vorliegende Fall gelangt zur Veröffentlichung nicht wegen der Gummibildung an sich, sondern wegen des Sitzes des Processes im Stimmbande und des Fehlens bemerkbarer Geschwürserscheinungen an der Oberfläche. Besonders interessant aber war der histologische Befund eines zur Sicherung der Diagnose entfernten Stückes der tumorartigen Vorwölbung, der durch den Nachweis der dicken und derben Fibrinauflagerung die diagnostischen Schwierigkeiten aufklären konnte.

H. Beschorner (Dresden).

350. **Zur Kenntniss der Knochenneubildung in der Luftröhre**; von Dr. H. von Schrötter. (Wien. med. Wchnschr. XLIX. 15. 1899.)

Nachdem die echte Knochenneubildung in der Trachea *an der Leiche* (zuerst 1878 von Chiari) nachgewiesen worden war und man erkannt hatte, dass es sich in derartigen Fällen nicht um Knochenneubildungen in der Schleimhaut, sondern um in Knochengewebe transformirte Ekchondrosen der trachealen Knorpelringe handle, wies zuerst L. v. Schrötter *klinisch* auf derartige Veränderungen hin. Es handelte sich in dem von ihm beobachteten Falle laryngoskopisch um ein multiples, aus starren weissen Protuberanzen gebildetes Netz in der Höhe des 5. bis 9. Trachealringes, welches keine besonderen Beschwerden verursachte. In dem der gegenwärtigen Mittheilung zu Grunde liegenden Falle handelte es sich um einen isolirten grösseren Knochentumor, der ambulatorisch in mehreren Sitzungen mit gutem Erfolge abgetragen wurde. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte übrigens die klinische Diagnose.

H. Beschorner (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

351. **Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik**; von Dr. Ernst Odebrecht in Berlin. (Samml. zwangl. Abhandl. aus d. Gebiete d. Frauenhkde. u. Geburtsh. von Dr. M. Graefe. III. 1. Halle 1898. C. Marhold. 8. 25 S. 1 Mk.)

Für die Mehrzahl der Operationen ruht nach O. der Angelpunkt der Aseptik in der Desinfektion der Hände des Operateurs. Zur Seifenwaschung empfiehlt O. besonders gereinigte grüne Seife, die zunächst ohne Wasser und Bürste in die Haut hineingerieben wird. Nach der ersten Waschung folgt die Bürstenreinigung, dann Alkohol und Sublimat. Zur Naht empfiehlt O. Jodoformseide.

O. hält eine beschränkte Anwendung der Antiseptica für empfehlenswerth. „Wenn man eine halbe oder ganze Stunde operirt, während dieser Zeit die Hände zu den verschiedensten Malen mit wenn auch schwachen antiseptischen Lösungen in Berührung bringt, so muss dieser Umstand dazu beitragen, die keimfrei gemachten Hände weiter keimfrei zu erhalten; und diese Hände sind in ständiger Gefahr, ihre volle Keimfreiheit zu verlieren. Der Wunde und dem Peritonaeum schaden sie in dieser Form weniger als sie nützen, denn wenn so schwache Lösungen auch auf Streptokokken und Staphylokokken nicht tödtend wirken, so hemmen sie doch die Entwickelung.“

Nur wer seiner selbst, seiner Assistenz, des Operationraumes und alles dessen, was mit der Wunde in Berührung kommen kann, so sicher ist, dass er voll vertraut, soll nach O. Aseptik treiben. Wie aus der Antiseptik allmählich eine Aseptik geworden ist, so sollte nach O. sich auch der Einzelne durch die erstere zur letzteren erst durcharbeiten. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

352. **Der Alkohol als Desinficiens,** *ein Beitrag zur Lehre von der Haut- und Händedesinfektion, der Behandlung des Nabelschnurrestes und inoperabler Nabelschnurhernien, der Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhöe der Neugeborenen, der puerperalen septischen Endometritis und der Sterilhaltung der Instrumente;* von F. Ahlfeld. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 117. 1899.)

A. benutzt den Alkohol, wie der Titel der Abhandlung zeigt, zu den verschiedensten Zwecken. Gegenüber den Aerzten, denen die Händedesinfektion nicht gelang, beharrt A. darauf, dass die Heisswasser-Seifen-Alkoholdesinfektion von den üblichen Methoden der Händedesinfektion einzig und allein im Stande ist, die Hand zu sterilisiren.

Zur Desinfektion des Nabelschnurrestes befeuchtet A. den auf 2 cm gekürzten Nabelschnurrest, den Nabelkegel und die Umgebung des Nabels mit 96proc. Alkohol, legt einen Bausch steriler Watte auf und fixirt diesen mit einer Nabelbinde. Bis zum Abfallen des Nabelrestes wird das Kind nicht gebadet; der Verband wird nicht gewechselt.

Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhöe hat A. Einträufelungen mit 47½proc. Alkohol mit gutem Erfolg gemacht.

Endlich macht A. in jedem Falle von Fieber in der Geburt und weiter in den Geburtsfällen, in denen länger dauernde intrauterine Manipulationen nothwendig wurden, eine Uterusausspülung mit 50proc. Alkohol, die unter Umständen wiederholt wird. A. ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden.

Zur Aufbewahrung der sterilisirten Instrumente u. s. w. empfiehlt A. ebenfalls den 96proc. Alkohol.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

353. **Ein Fall von primärer Tuberkulose der Vulva einer Erwachsenen und ihre Beziehungen zum Ulcus rodens vulvae (Veit)**; von A. Rieck. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 842. Juni 1899.)

39jähr. Frau. Eine normale Geburt, 2 Fehlgeburten, letzte vor 11 Jahren. Vor 9 Jahren starb der Ehemann

an Schwindsucht, er soll auch an Syphilis gelitten haben. Die Frau erkrankte vor 4 Jahren mit Blasenkatarrh. Im März 1896 wurde ein Geschwür an der Harnröhrenmündung operirt, danach 4 Wochen Schmierkur ohne Erfolg. Im Sommer 1897 kam Pat. zuerst in die A. Martin'sche Poliklinik. Status am 3. Mai 1898: Zwischen Kitzler und Harnröhre ein fast 2 markstückgrosses Geschwür mit schlaffen Rändern und hochrothem Grund. Umgebendes Gewebe leicht geschwellt und geröthet. Auf beiden kleinen Schamlippen kleinere Geschwüre. Linke kleine Schamlippe elephantiastisch verdickt. Im Sekret der Wunde für Tuberkulose sich typisch färbende Bacillen, im herausgeschnittenen Gewebe aber nichts Derartiges. Später wurden im Institut für Infektionskrankheiten Gonokokken gefunden, keine Tuberkelbacillen. Am 27. Aug. 1898 wurde Pat. zum 2. Male in die A. Martin'sche Klinik aufgenommen. Jetzt fand sich an der freien Kante der linken Nymphe eine 5 : 3 : 2 cm messende papillomatöse Wucherung, an der Aussenseite der Lippe ein 3 cm langer Defekt. Am oberen Rande der rechten kleinen Lippe eine bohnengrosse Schwellung mit 2 Eiter entleerenden Fisteln. Zwischen beiden Nymphen unterhalb des Kitzlers eine grosse Geschwürfläche, die auf die rechte und linke kleine Lippe überging. Die letztere wies einen flachen, theils schon von Epithel bekleideten, theils noch von frischen Wundflächen begrenzten Hohlraum auf, dessen beide Hauptwände einander anlagen und verschiedene Löcher zeigten. Die Harnröhre lag tief hinten; wie viel von ihr fehlte, war nicht sicher zu bestimmen. Beide kleine und ein Theil beider grossen Schamlippen, sowie der Kitzler wurden theils mit dem Messer, theils mit dem Thermokauter abgetragen, die ganze Wundfläche aber verschorft. Die Wunde vernarbte gut, nur zu beiden Seiten der Harnröhre war nach $^3/_4$ Jahren ein schmaler Streifen noch nicht überhäutet. Das Allgemeinbefinden hatte sich wesentlich gehoben; nur noch Klagen über Harndrang.

Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Theile ergab, dass es sich um zweierlei handelte: 1) um ein chronisches, continuirlich sich fortsetzendes Geschwür der Vulva, das durch Tuberkulose (nur an der einen frischen Stelle der Erkrankung am oberen Rande der rechten kleinen Lippe fanden sich typische tuberkulöse Stellen und Riesenzellen, Verkäsung und massenhafte Tuberkelbacillen) in der Art hervorgerufen war, dass Tuberkelbacillen in etwas tieferen Schichten der Haut, bez. Schleimhaut bald hier, bald da typische Tuberkel erzeugten, die durch reaktive Entzündung und Eiterung ausgestossen wurden und einfach chronisch entzündliche eiternde Flächen, deren tuberkulöse Aetiologie an sich nicht mehr nachweisbar war, zurückliessen und 2) um eine elephantiastische entzündliche Wucherung der Haut, die nicht tuberkulöser Natur war, vielmehr ihre Ursache in einer Lymphgefäss- und Venenstauung hatte, die durch eine centralwärts, in Folge von (tuberkulöser) Ulceration und Infiltration bedingte Verminderung, bez. Verengerung der ableitenden Gefässbahnen hervorgerufen war.

Die Erkrankung ist in diesem Falle als ein primäres Ulcus tuberculosum vulvae, als rein lokale Tuberkulose anzusehen, die von Scrophuloderma, Lupus vulvae und sekundärer Hauttuberkulose zu unterscheiden ist.

Obwohl dieser Fall bisher der einzige ist, in dem die Tuberkulose im Gewebe nachgewiesen ist (im Falle von Viatte wurden Tuberkelbacillen in ausgeschabten Granulationen nachgewiesen), nimmt R. an, dass viele Fälle, die unter der Bezeichnung Ulcus rodens vulvae gehen, primäre Tuberkulosen sind. J. Praeger (Chemnitz).

354. Corps étranger du vagin (boîte métallique restée enkystée pendant cinq ans au fond du vagin); par V. Dujon. (Ann. de Gynécol. XXVI. 51. p. 206. Mars 1899.)

Das 19jähr. Mädchen litt seit 2 Jahren an stinkendem Ausfluss aus der Scheide. Vor 5 Jahren hatten 2 junge Leute ihr eine Pomadenbüchse aus Metall mit Deckel 3 cm hoch und $3^1/_2$ cm breit in die Scheide eingeführt. Diese war im Scheidengewölbe eingewachsen; vor ihr hatte sich eine dicke, feste Scheidenverwachsung gebildet, in der Mitte mit einer Oeffnung, die kaum die Zeigefingerspitze einliess. Die Regel war $^1/_2$ Jahr nach Einführung der Büchse aufgetreten und immer regelmässig gewesen. Nach Erweiterung der Scheidenverengung wurde zunächst der Deckel, dann die Büchse selbst entfernt, die im hinteren Scheidengewölbe lag. Es zeigte sich, dass die letztere eine Mastdarmscheidenfistel erzeugt hatte, die den stinkenden Ausfluss veranlasste. Nach Entfernung des Fremdkörpers schloss sich die Fistel von selbst; in der Scheide blieb eine ringförmige Verengung zurück. J. Praeger (Chemnitz).

355. Zur Kenntniss des erworbenen Scheidenverschlusses und dessen Folgezustände; von Dr. E. Kummer in Genf. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIX. 1. 2. 1899.)

Die 24jähr. Frau erlitt bei ihrer Niederkunft einen ausgedehnten Scheiden-Damm-Mastdarmriss. Am 9. Juni 1896, 6 Wochen nach der Geburt, isolirte Naht der vorderen Mastdarm-, der hinteren Scheidenwand und Dammplastik. Heilung mit völliger Continentia alvi. Die Vagina war bei der Entlassung nur ca. 4 cm lang, nach oben durch eine mit dem fühlbaren Collum uteri verwachsene Narbe hermetisch abgeschlossen. Am 15. Sept. 1896 wurde die Freilegung des Gebärmutterhalses versucht. Während des ganzen Jahres 1897 normale Menstruation; seit Anfang 1898 Perioden schmerzhaft und wenig reichlich. Wegen Steigerung der Beschwerden und peritonitischen Erscheinungen am 23. Juni 1898 Laparotomie: ausgedehnte Verwachsungen, jauchiger Abscess zwischen den Darmschlingen. Eröffnung des Abscesses, Totalexstirpation von Uterus und Adnexen. Nach 4 Wochen wurde die Operirte geheilt entlassen.

Von Hämatometra oder Hämatosalpinx war nichts vorhanden. Ein reichlicher Blutabgang aus dem Mastdarm am Tage vor der Operation ist nach K. wohl als Perforation der Hämatocele zu betrachten. Dass eine Perforation des Darmes wirklich vorlag, wurde durch eine später auftretende Kothfistel bewiesen; eine Darmverletzung während der Operation schliesst K. aus. Da die Hauptmasse des Blutes vor der Operation durch die Perforationöffnung entleert worden war, fand sich bei der Operation nur Eiter vor.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

356. Ueber zwei Geburten bei Scheidenatresie; von Dr. A. M. Eberlin in Moskau. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 1. p. 12. 1899.)

Die erste Beobachtung betraf eine 21jähr. Erstgebärende. Erste Menstruation im 16. Lebensjahre, Menses stets von heftigen Schmerzen begleitet. Seit 10 Mon. war Pat. verheirathet, bald nach der Verheirathung stark ätzender Ausfluss aus der Scheide. 24 Stunden nach dem Wehenbeginn wurde von E. hart hinter dem Hymen eine fleischige, ca. 1 cm dicke, den Scheideneingang völlig verschliessende Membran gefunden; in der Mitte der Membran eine feste, einige Millimeter lange Narbe. Kreisförmige Excision der Narbe, 6 Seidenligaturen. Spontane Geburt eines lebenden reifen Kindes.

Die zweite Beobachtung war der ersten sehr ähnlich. Die abschliessende Membran wurde mit dem untersuchenden Finger an ihrer dünnsten Stelle perforirt, dann mit der Scheere durchtrennt und die Ränder wurden mit 12 Suturen geschlossen. Spontane Geburt.

Beide Atresien waren erworben. Ging die Atresie auf dem Boden einer congenitalen Stenose vor sich, so ist die Ursache dieses Ueberganges entweder eine Vaginitis gonorrhoica oder ein Trauma sub coitu. Therapeutisch empfiehlt E., das Hinderniss von Seiten der Membran frühzeitig zu entfernen und sich dabei nicht auf die austreibenden Kräfte des Uterus zu verlassen. Die beste Methode ist nach E. hierfür die Excision der Membran in toto mit nachfolgender Vernähung der Ränder. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

357. **Zur Aetiologie und Therapie der Gynatresien, insbesondere des Hämatosalpinx bei Gynatresie**; von Dr. F. Mainzer in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 681. 1899.)

Die Veit-Meyer'sche Hypothese: die Hämatosalpinx ist das Kriterium für infektiös erworbene Atresie und der Hämatosalpinx-Inhalt ist das Produkt bakterieller Entzündung, besteht nicht zu Recht. Auch die Behauptung Nagel's, dass ein Solidbleiben der Scheidenanlage bei normal entwickeltem Uterus aus entwickelunggeschichtlichen Gründen undenkbar sei, ist nicht haltbar. Anzuerkennen ist immerhin, dass erworbene Atresien relativ häufig vorkommen. Der Verschluss des abdominalen Tubenostium ohne Infektion ist lediglich durch Adhäsionbildung in der Umgebung ergossenen Blutes möglich. In einem derartigen Falle wurde von L. Landau operirt. Der Hämatosalpinxinhalt zeigte keine Spur von Mikroorganismen, die Fimbrien waren durch perisalpingitische Schnürung einander genähert und bildeten einen Engpass, den Blutgerinnsel verstopften.

Bei Behandlung der Atresie ist darauf zu achten, ob die Tuben betheiligt sind oder nicht, und andererseits, ob wir einfache oder doppelte Genitalien vor uns haben. Bei Hämatosalpinx ist stets die Laparotomie angezeigt, ist daneben nur eine leicht zu durchtrennende Hymenal- oder Vaginal-Atresie vorhanden, so kann diese noch bei offener Bauchhöhle incidirt werden, ist der Verschluss fester, so trennt man ihn nach beendeter Laparotomie. Bei doppelten Genitalien ist auch dann die Laparotomie der einfachen Eröffnung vorzuziehen, wenn eine exakte Diagnose nicht gestellt werden kann. Meist gelingt es durch Schonung der Adnexe der einen Seite die Zeugungfähigkeit zu erhalten. Bei irreparabler Erkrankung beider Adnexe sind diese zu entfernen, durch die Castration pflegt dann auch eine vorhandene Hämatometra zur Rückbildung geführt zu werden. Ist ein einseitiger Uterus mit Blutstauung leicht zu entfernen, so hat man die Exstirpation vorzunehmen. Sind beide Uterushälften innig verbunden und ist eine Hämatosalpinx nur auf der atretischen Seite vorhanden, wie das am häufigsten der Fall ist, so wird gegen eine doppelseitige Entfernung der Adnexe nichts zu sagen sein, da beim Erhaltensein der gesunden Adnexe die Beschwerden der Hämatometra fortbestehen würden; unter Umständen, so bei der Möglichkeit, dem Blut nach unten hin einen Ausgang zu schaffen, dürfte aber auch hier der Versuch erlaubt sein, die gesunden Adnexe und somit die Zeugungfähigkeit zu schonen.

Brosin (Dresden).

358. **Prolapsus recti bei einer bisher nicht beschriebenen Missbildung des Afters („extramediane Afterspalte"): Heilung desselben durch Proktoplastik**; von Dr. Th. Schrader in Halle a. S. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 169. 1899.)

An der Frucht weiblichen Geschlechtes einer Syphilitischen fand sich neben einer Spina bifida occulta links von der Rhaphe die Afteröffnung in Form einer pfennigstückgrossen Grube, aus der sich die Mastdarmschleimhaut vorstülpte. Obwohl der Sphincter tertius eine gewisse Continenz ermöglichte, wurde von Prof. Fehling wegen des Prolapsus eine Proktoplastik ausgeführt. Die Afteröffnung wurde umschnitten, der Mastdarm eine Strecke weit frei gemacht und unter Verkleinerung seiner Oeffnung in einen Hautring eingenäht, der nach theilweiser Vernähung der Wundfläche zu seiner Aufnahme frei blieb. Während der kurzen Beobachtungdauer blieb das Kind gesund.

Die Erklärung für die Entstehung der extramedianen Afterspalten sieht Schr. in amniotischen Verwachsungen, obwohl bei der Geburt keine mehr nachzuweisen waren. Eben diesen supponirten Amniossträngen wird die Bildung eines Hautgrübchens unweit der Afteröffnung und eines Pes calcaneus zugeschrieben. Brosin (Dresden).

359. **A case of cyst of the urachus with notes on urachal and so-called „allantoic cysts"**; by Alb. Doran, London. (Med.-chir. Transact. Vol. 81. London 1898.)

Eine 59jähr. Frau litt seit 9 Monaten an Schmerzen im Unterleib, seit 2 Monaten an einer Anschwellung des Leibes, etwas links von der Mittellinie. Zeitweise peritonitische Anfälle. Bei der Untersuchung wurde eine von der Schamfuge bis zum Nabel reichende fluktuirende, anscheinend etwas bewegliche Geschwulst festgestellt. Bei der Beckenuntersuchung fand sich die Gebärmutter anteflektirt hinter der Geschwulst. Der Harn war eiweissfrei, ohne Sediment. Bei der Operation am 6. Oct. 1897 wurde unterhalb der Fascie eine dicke gelbe Membran sichtbar. Nachdem sie eingeschnitten war, entleerte sich eine grünbraune Flüssigkeit. In Nabelhöhe schlug sich die Membran nach hinten um und bildete so eine Scheidewand zwischen der Höhle und den darüber gelegenen Därmen und Netz. Nun wurde ein 2. Hohlraum weiter unten, direkt über der Harnblase gefühlt und eröffnet, der die gleiche Flüssigkeit enthielt. Da eine Lostrennung der Wand von der Blasenwand unmöglich erschien, entfernte D. nur die Zwischenwand zwischen beiden Hohlräumen und tamponirte. Am 27. October wurde Pat. entlassen, am 11. November war die Höhle fast vernarbt, am 6. März 1898 war auch die restirende Fistel geschlossen.

Nach dem Befund bei der Operation und dem mikroskopischen Ergebniss (die excidirte Zwischenwand bestand hauptsächlich aus glatten Muskelfasern) glaubt D.

berechtigt zu sein, die Geschwulst für eine Urachuscyste zu halten. Die eigenthümliche Form der Geschwulst in seinem Falle (doppelter Hohlraum) ist erklärlich, wenn man die Formveränderungen betrachtet, die in den Fällen von geringerer cystischer Erweiterung des Urachus vorkommen. Die als Allantoiscysten zuerst von L. Tait und Byron Robinson beschriebenen Fälle hält D. für abgesackte peritonitische Ergüsse, meist, wenn nicht immer tuberkulösen Ursprungs. D. betont, dass man bei Exstirpation sorgsam das Verhältniss der Cyste zur Blase beobachten muss, da die Blase leicht verletzt werden kann, aber auch eine klappenartige Verbindung zwischen Blase und Urachuscyste bestehen kann. Ist die Entfernung der Cystenwand unmöglich, so empfiehlt D. theilweise Naht und Drainage. Zum Schluss fügt er noch einen kurzen Bericht über 2 in der Royal med. and chir. Soc. von Bryant vorgetragene Fälle von Urachuscysten bei. J. Praeger (Chemnitz).

360. **Ueber die Behandlung der Entzündungen des Uterus und seiner Adnexe durch intrauterine Injektionen**; von Dr. G. J. Lebedeff. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 28. 1899.)

Auf Grund eines Materials von 37 Kranken, denen 1355 Intrauterininjektionen gemacht wurden von Tinct. jodi, Spirit. vin. rect. (97%) ana 25.0, Alumnol 2.5 empfiehlt L. diese täglichen Injektionen, zu denen er neuerdings nicht mehr Alumnol zusetzt. Einzelnen Patienten wurden 40—60 Injektionen gemacht. Glaeser (Danzig).

361. **Tod nach Injektion von Chlorzink in den Uterus**; von Max Schmid. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 860. 1899.)

Eine 24jähr. Frau wurde in der Abtheilung Torggler's in Klagenfurt wegen ihrer Endometritis mehrmals mit Aetzflüssigkeiten, Jodtinktur, Ferripyrin oder 50proc. Chlorzink behandelt, unter Anwendung der *Playfair'*schen Sonde, des *Sänger'*schen Silberstäbchens oder der *Braun'*schen Spritze. Mit letzterer wurde Chlorzink 3mal eingespritzt, ohne dass nennenswerthe Beschwerden eintraten, bei der 4. Einspritzung, die poliklinisch gemacht wurde, gelangte Chlorzinklösung auch in den linken Eileiter und bewirkte eine Bauchfellentzündung, die 8 Stunden nach der Einspritzung tödtlich endete. Diesen Ausgang schiebt Schm. dem elenden myokarditischen Herzen zu, besonders da die Kr. am Tage der letzten Einspritzung durch einen übergrossen Marsch erschöpft war. Bemerkenswerth ist, dass der Eileiter nur in $^3/_4$ seiner Länge verschorft war. Die Eileitermündung eben so wie das Perimetrium zeigte keine Verschorfung.

Auch dieser Fall warnt wieder vor Anwendung der *Braun'*schen Spritze, besonders vor Einspritzung von Chlorzinklösung mit derselben. J. Praeger (Chemnitz).

362. **Ueber Uterusblutungen**; von Dr. Paul Strassmann in Berlin. (Berl. Klinik Heft 124. 1898.)

Str. bespricht speciell die gynäkologischen Uterusblutungen und unterscheidet zunächst die aus dem unteren Uterusabschnitte stammenden von den aus dem Corpus kommenden. Von Krankheiten, die erstere bedingen, kommen in Frage: die Erosion, der gutartige Polyp und das Carcinom, bez. Sarkom. Bei den Blutungen aus dem Corpus uteri sind zunächst die Funktionen des Endometrium zu betrachten. Bei zu starken menstruellen Blutungen ist an abnorme Vorgänge bei der Ovulation zu denken. Die häufigsten Blutungen aus dem Corpus uteri finden sich bei Endometritis. Unter dem Einflusse chronischer Hyperämie des Uterus entsteht eine chronische Hyperplasie des glandulären, des interstitiellen oder beider Gewebe; die gewaltigsten Schleimhauthyperplasien treten bei Fibromyomen des Uterus auf. Die maligne Erkrankung der Corpusschleimhaut tritt klinisch hauptsächlich in 2 Typen auf: 1) als Blasenmole und Carcinoma syncytiale (Deciduoma malignum), 2) als Corpuscarcinom. Sekundäre Uterusblutungen sind bei allen Adnexerkrankungen möglich.

Im zweiten Abschnitte seiner Abhandlung bespricht Str. die Behandlung der Uterusblutungen. Von der Sneguireff'schen Dampfbehandlung verspricht sich Str. nur Erfolg bei gutartigen Schleimhauthyperplasien in den 40er Jahren, die recidiviren, bei den chronisch erkrankten grossen Uteri mit oder ohne Fibroid und den gutartigen Blutungen der Greisinnen. In diesen Fällen entschliesst man sich nach Str. nur schwer zur Totalexstirpation und eine Verödung des Uteruscavum erscheint erwünscht.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

363. **Die Behandlung der Myome des Uterus**; von P. Zweifel. (Schriftl. Referat für d. VIII. Congr. d. deutschen Gesellsch. für Gynäkol. zu Berlin. Leipzig 1899. Breitkopf u. Härtel.)

Von den medikamentösen Behandlungen der *Myomblutungen* hat Zw. wenig Erfolg gesehen; am meisten scheint noch das Stypticin zu wirken. Die lokale Behandlung mit Liquor ferri sesquichlorati-Einspritzungen ist wirksam, aber kaum weniger gefährlich als die Myomektomie. Andere Mittel stehen diesen Injektionen in Bezug auf die Blutstillung nach, sind nur, wie die Stäbchenätzung mit Chlorzink, besser gegen den Fluor. Mit dem Curettement allein hat Zw. niemals schlechte Erfahrungen gemacht, dagegen einen Todesfall erlebt, als nach der Ausschabung eine Einspritzung von Liquor ferri nachgeschickt wurde. Elektrolyse mit starken Strömen (150—200 M.-A.) und der Anode in die Gebärmutterhöhle hilft gegen Blutungen auf einige Monate, ist aber umständlicher und schmerzhafter als andere symptomatische Behandlungarten. Gegen *Schmerzen* empfiehlt Zw. Extr. fluid., Hydrast. Canad. 4mal täglich 25 Tropfen, möglichst schon 4—5 Tage vor der Periode zu geben. Gegen das *Wachsthum* des Myom hilft kein Arzneimittel, die Elektrolyse nur zeitweilig, dagegen wirkt sicher die Entfernung beider Eierstöcke.

Die vaginalen Operationen kommen in Betracht, wenn sie leichter auszuführen sind, als die abdominalen, weil sie dann weniger gefährlich sind; dagegen ist das Fehlen der Bauchnarbe für Zw. kein Grund zur Bevorzugung der vaginalen Methoden, da nach genauer Schichtennaht der Bauchdecken, insbesondere der Fascien selten Bauchbrüche entstehen.

Von vaginalen Operationen kommen in Betracht:

1) Die Abtragung gestielter Myome.

2) Die Entfernung von submukösen Geschwülsten unter Erweiterung des Cervikalkanales, Spalten der Kapsel und Ausschälen der Geschwulst ohne Eröffnen des Bauchfells. Modern ist bei dieser Operation die Zerstückelung der Geschwulst nach Péan, sowie die Durchschneidung der vorderen Gebärmutterhalswand nach Lostrennung des Scheidengewölbes und der Blase (Segond, Doyen). So lange die Operation unter Leitung der Augen vor sich geht, hat sie keine Bedenken.

3) Bei Myomen, die unter das Beckenzellengewebe gewachsen sind und gegen die Scheide vordrängen, die Ausschälung nach Durchschneiden und Zurückstreifung der Scheidewand ohne Eröffnung des Bauchfells und nach Spaltung ihrer Kapsel neben dem Gebärmutterhalse.

4) Die Colpotomia ant. nach Dührssen mit Spaltung des Bauchfells, Kapselspaltung, Ausschälung der Geschwulst und Naht des Geschwulstbettes. Nur passend für kleinere Geschwülste, besonders des Corpus uteri.

5) Die gänzliche Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide.

Die moderne Technik ist nicht bei Myomen, die sich in das Becken drücken lassen, stehen geblieben, sondern macht sich auch an die Entfernung bis zum Nabel reichender Geschwülste. Möglich wird diese einerseits durch Zerstückelung nach Péan, andererseits durch das Aufschneiden der vorderen Gebärmutterwand und Einsetzen von Krallenzangen in diese nach Doyen. Selbst unter günstigen Voraussetzungen hält Zw. die Entfernung von bis zum Nabel reichenden Myomen durch die Scheide für schwerer und gefährlicher als eine abdominelle Myomektomie.

Unter den abdominellen Myomoperationen bespricht Zw. zunächst die Myomohysterektomie, auch einfach Myomektomie oder Myomotomie genannt. Auf die ausführliche historische Darstellung der Entwickelung dieser Operation können wir hier nicht eingehen. Sicher ist, dass für die Zukunft die extraabdominelle Stielbehandlung nur noch für Ausnahmefälle angezeigt ist. Den modernen Methoden gemeinsam ist die Unterbindung der Artt. ovaricae (spermat. int. nach älterer Bezeichnung), ferner die Bildung von nicht unterbundenen Bauchfelllappen, mit denen der Stumpf schliesslich überdeckt wird; nur verlangen Hofmeier, Goffe, Chrobak, Baer und Olshausen immer 2 Lappen, während Zw. sich mit einem vorderen begnügt. Während viele die Unterbindung der grossen klappenlosen Venen unterlassen, hält sie Zw. für unerlässlich, da anderenfalls die Entstehung von Thromben und Embolien begünstigt wird, aber nach Zw.'s Ansicht auch beim Erbrechen, Husten u. s. w. Blut aus den Venen zurückfliesst und Nährmaterial für Keime bildet. Wesentlich verschieden von anderen Methoden ist Zw.'s Methode der fortlaufenden Partienligatur darin, dass Hofmeier, Chrobak, Olshausen u. A. die Art. uterina im Stamme unterbinden und den Gebärmutterhals möglichst tief ausschneiden, während Zw. die Uterina erst nach dem Abgange der Art. cervico-vaginalis unterbindet und einen grösseren Stumpf belässt, aber noch eine Unterstechung unter der ganzen Schnittfläche hinzufügt, da der Stumpf bei seinem Verfahren blutreicher ist. Zu stark behandelte Stümpfe disponiren aber nach Zw. zum Anwachsen von Darmschlingen. Die normale Cervix braucht keine Desinfektion, da sie keimfrei ist. Um bei geschlechtsreifen Frauen die bekannten Ausfallserscheinungen zu vermeiden, schlägt Zw. vor, neben den Eierstöcken kleine Reste der Körperschleimhaut zurück zu lassen, in 3 Fällen behielten die Frauen ihre regelmässige Blutung in geringem Grade.

Sein Verfahren will Zw. jetzt *Myomektomie mit Resektion des Uterus* nennen. Er verfährt folgendermaassen: Nach Herausnahme der Geschwulst wird mit der Unterbindung der Art. ovarica mit der stumpfen Schiebernadel begonnen, mit einer 2. Unterbindung das breite Mutterband versorgt, bei starken Venen unterhalb eventuell noch mit einer 3. Unterbindung. Dann werden Klemmen an die Gebärmutterkante gelegt und zwischen dieser und den Ligaturen durchschnitten. Mit der Hakenpincette wird vorn das Bauchfell aufgehoben, eingeschnitten und ein möglichst grosser vorderer Lappen stumpf bis zum Scheidengewölbe abgehoben. Nur am Kamme in der Mitte der Gebärmutter, wo die Blase fester haftet, wird die Scheere gebraucht. Nun folgt eine Umstechungligatur an jeder Gebärmutterkante dicht unter der Geschwulst. Dann kann man entweder Umstechungen durch die Gebärmutter unterhalb der Geschwulst legen oder man kann erst den Uterus ausschneiden und dann dicht unter der Schnittfläche die Unterstechungen anlegen. Dann folgt die Ueberkleidung des Stumpfes mit dem Bauchfelllappen. Das runde Mutterband wird an den Stumpf unter den Bauchfelllappen angenäht, während der abgebundene verschorfte Eileiter ausserhalb bleibt, aber mit seinem verschorften Ende auf das Bauchfell aufgenäht wird. Alle Nähte und Unterbindungen werden mit Catgut gemacht.

Zw. geht weiter auf gewisse Prioritätstreitigkeiten ein, widerlegt besonders die Behauptungen Noble's. Die Ausschälung subserös sitzender Geschwülste aus ihrer Kapsel mit Zurücklassung der Gebärmutter (Enucleation nach A. Martin) hält Zw. für anwendbar bei Vorhandensein weniger Myome und nur wenn die Gebärmutter wenig verstümmelt wird. In Bezug auf Nachblutung und Sepsis ist die Methode gefährlicher als die Myomohysterektomie. Besondere Erfolge hat die Ausschälung bei Myomen, die in die Parametrien oder unter das breite Mutterband entwickelt sind, gehabt. Will man dabei die Gebärmutter mit ent-

fernen, so lässt sich immer eine Stielbildung erzielen.

Die neueste Operation, die *abdominelle Totalexstirpation,* ist zuerst aus dem Grunde empfohlen worden, weil sie glattere Wundverhältnisse schaffe, einem Grunde, der nicht berechtigt ist, dann aber auch, weil in seltenen Fällen der Gebärmutterhals einige Jahre später krebsig entartete. Zw. kann dies eben so wenig als Grund ansehen, als wenn man bei der Ovariotomie etwa regelmässig den gesunden 2. Eierstock entfernen wolle. Im Gegentheil sucht er zur Verhinderung der vorzeitigen Klimax den unteren Theil der Gebärmutter durch die hohe Resektion zu erhalten. Bez. der Technik bei der Totalexstirpation verfährt Zw. zunächst genau so wie bei der typischen Myomohysterektomie, zieht dann hinter dem abgelösten Bauchfelllappen die Harnleiter nach vorn, unterbindet die Art. uterina jederseits nach der Kreuzung mit dem Harnleiter möglichst tief, eröffnet hinten die Scheide, greift dann unter dem äusseren Muttermund hindurch an die Vorderwand der Scheide und schneidet diese gegen seine Finger auf, während die Blase stark nach vorn gezogen wird. Die Schlitze werden nach der Seite vernäht, dann wird auf jeder Seite über Art. uterina und Winkel des Scheidengewölbes eine *Collin*'sche Klemme gelegt und die Gebärmutter abgetrennt. Die Klemmen werden von unten angezogen, das Bauchfell durch fortlaufende Naht geschlossen. Die Klemmen bleiben 6—12 Stunden liegen. Zw. sieht es auch nicht als principiell falsch an, wenn die Portio von der Scheide aus entfernt oder wenigstens umschnitten wird.

Bumm's Methode, die Verwendung provisorischer Klemmen bis zur Abschneidung der Gebärmutter und nachfolgende Einzelunterbindung der Gefässe, nennt Zw. bestechend, glaubt aber nicht, dass, wenn man alle Gefässe, auch die Venen, unterbindet, man Zeit gewinnt.

Es ist keine Aussicht vorhanden, dass die Totalexstirpation gleich günstige oder günstigere Erfolge geben wird als die Myomohysterektomie.

Von der *Castration* sah Zw. früher gute Erfolge, in Leipzig sah er nach 4 Castrationen 3 Misserfolge (in 2 Fällen wahrscheinlich in Folge bösartiger Entartung der Myome). Die vervollkommnete Technik der Myomoperationen hat Zw. veranlasst, diese Operation mehr zurückzustellen.

Zw. hat im Ganzen 185 Myomektomien gemacht mit 5 Todesfällen = 2.7%. Davon kommen auf die Jahre 1892—1899 132 mit 2 Todesfällen = 1.5%. Dann sind zu erwähnen 16 abdominale Totalexstirpationen mit 2 Todesfällen, 19 vaginale mit 1 Todesfall. J. Praeger (Chemnitz).

364. **Sind Laparomyomotomien typische Operationen?** von H. Fritsch in Bonn. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 241. 1899.)

Auch dieser Vortrag ist in der frischen, anregenden Weise geschrieben, die wir von Fr. gewöhnt sind. Nach einleitenden Worten über das gynäkologische Operiren kommt er zu dem eigentlichen Zwecke des Vortrages, dem Versuch, auch die Myomotomie zu den typischen Operationen, als welche er z. B. die vaginale Totalexstirpation anführt, zu erheben.

Fr. räth zunächst möglichst so zu operiren, dass man nicht zu tupfen braucht, also in Trendelenburg'scher Lage und möglichst ausserhalb der Bauchhöhle, und das Einlaufen von Blut durch provisorischen Abschluss der Bauchhöhle, bez. Vorlegen von Servietten zu verhindern. Die erste Unterbindung schliesst die Spermatica im oberen Rande des Lig. lat., nach aussen vom Eierstocke ab, isolirte Abbindung des Lig. infundibulo-pelvicum. Nur wenn der Eierstock tief im Becken liegt, wird medianwärts von ihm unterbunden. Die Unterbindungen werden zur Sicherheit doppelt gemacht. Von dieser Unterbindung bis zur Uterina ist eine weite Strecke, wo nicht unterbunden zu werden braucht, da keine Arterie hier verläuft und die Venen nach der Durchschneidung zusammenfallen. Die zweite Unterbindung oder Umstechung fasst die Uterina, deren Lage man am Pulsiren erkennt. Ist dies auf einer Seite gethan, so werden die Gefässe auf der anderen Seite unterbunden. Nun wird beiderseits die mediane Partie des Lig. lat. mit Fr.'s Adnexklemme abgeklemmt und durchtrennt. Dann hängt die Gebärmutter nur noch an der Cervix. Ist diese normal, so wird amputirt, befinden sich in ihr Myome, so wird exstirpirt. Die Amputation empfiehlt Fr. dicht über dem Scheidengewölbe zu machen. Vorher wird der Schnitt durch das Bauchfell vorn von rechts nach links vereinigt, und zwar bogenförmig, 2 cm höher, als man die Gebärmutter abtragen will. Fr. schneidet die Cervix keilförmig aus und vernäht mit 3—4 Catgutfäden den Stumpf. Dann werden die Bauchfelllappen 1—2 cm hinter der Wundnaht der Cervix vereinigt; oft werden auch die seitlichen Unterbindungen der Uterinae mit Bauchfell gedeckt, um Darmverwachsungen zu vermeiden.

Im Allgemeinen zieht Fr. die Amputation der Totalexstirpation vor, weil die Scheide durch das Zurücklassen der Portio ihre natürliche Festigkeit und Dehnbarkeit behält, während die Narbe nach der Totalexstirpation oft empfindlich bleibt; ein Vorzug der Operation ist die Zeitersparniss.

Macht sich die Totalexstirpation nothwendig (bei Cervixmyomen oder Myomen, die sich bis dicht an oder über den äusseren Muttermund erstrecken), so wird nach Abbindung der Gefässe (Spermaticae, Uterinae, Lig. rot.) der Schnitt durch einen nach oben convexen peritonäalen Bogenschnitt vorn vereinigt, die Gebärmutter stark nach vorn gezogen, das hintere Scheidengewölbe eröffnet. Dann folgt die vorsichtige Umstechung und Abtragung bis durch die Parametrien. Nun kommt ein Querschnitt dicht unter der Portio. Vorn Abreissen der Gebärmutter von der Blase. Die unteren Fäden werden

herausgeleitet, die Unterbindungfäden der Spermatica dagegen kurz abgeschnitten. Zum Schluss wird das Bauchfell vereinigt oberhalb der parametranen Unterbindungen.

Bei intraligamentär entwickelten Myomen verfährt man zunächst wie bei der anderen Methode, man sucht die 4 Gefässverbindungen auf und unterbindet sie; wenn dies bez. der Uterina nicht möglich ist, jedenfalls zunächst die Spermatica. Dann wird die Geschwulst hochgehoben und ausgeschält, dabei werden alle Verbindungsstränge erst peripherisch unterbunden und central abgeklemmt, dann durchschnitten; bei dünner Cervix verfahre man weiter wie bei der Amputation, bei dicker wie bei der Totalexstirpation.

Die Castration gilt Fr. als überwundener Standpunkt. Die Enucleation hält er für ein falsches Verfahren, weil sehr oft danach neue Myome wachsen; nur auf breitgestielte subperitonäale Myome will er diese Operation beschränkt wissen und auf einzelne Fälle von Schwangerschaft mit Myom.

Erwähnt sei noch, dass Fr. für die Anwendung von Catgut bei versenkten Ligaturen eintritt. (Aufbewahrung mindestens 3 Wochen lang in Sublimatalkohol.) Verwendung nicht zu dicker Fäden. Seit 1882 hat Fr. 364 Laparomyomotomien gemacht mit 45 Todesfällen = über 12%.

J. Praeger (Chemnitz).

365. **A series of nine abdominal panhysterectomies performed in one year for uterine fibromyoma**; by F. A. L. Lockhart, (Montreal med. Journ. Oct. 1898.)

Vom Januar 1897 bis Januar 1898 hat L. 9mal die Gebärmutter wegen Fibromyom vom Bauche aus völlig entfernt, mit einem Todesfalle.

Im 6., 7. und 8. Fall wurde erst der Gebärmutterhals von der Scheide aus abgelöst, ehe der Bauchschnitt vorgenommen wurde; in den übrigen Fällen wurde die ganze Operation von der Bauchhöhle aus gemacht.

Complikationen waren in einem Falle Netzverwachsungen mit einer alten Bauchschnittnarbe, in einem anderen eine mehrkammerige Eierstockscyste, in einem dritten Pyosalpinx (Drainage der Bauchhöhle).

In dem einzigen tödtlich verlaufenen Falle handelte es sich um ein sehr rasch wachsendes Myom. Bis zum 9. Tage war der Verlauf glatt, fieberlos. Der Tod trat plötzlich beim Aufrichten ein. L. nimmt als Todesursache eine Lungenembolie an. Die Sektion wurde nicht gestattet.

J. Praeger (Chemnitz).

366. **Considérations sur le traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale**; par L. Picqué et P. Mauclaire. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 337. Mai 1899.)

Die Vff. behaupten, dass kein Gebärmutterkrebs durch die Ausschneidung von der Scheide her wirklich geheilt werden kann. Thatsache ist, dass die sogenannten Recidive theils aus stehengebliebenen Resten, theils aus bereits erkrankten Lymphdrüsen entstehen. In dritter Linie ist die Einimpfung in Betracht zu ziehen, die möglich, aber nicht bewiesen ist. Die Vff. ziehen aus ihren anatomischen Betrachtungen der Verbreitungswege des Gebärmutterkrebses und der Oertlichkeit der Rückfälle, über die noch genauere Zahlen fehlen, den Schluss, dass der Gebärmutterkrebs äusserst bösartig ist und mit einer möglichst ausgebreiteten und frühzeitigen Operation bekämpft werden muss. Im Gegensatze zu den amerikanischen Aerzten wollen die Vff. die Totalexstirpation von der Bauchhöhle aus auf die beginnenden Fälle beschränkt wissen, sei es von Gebärmutterhalskrebs im Beginne oder von Körperkrebs, so zwar, dass die Gebärmutter noch beweglich ist, das Zellengewebe um die Gebärmutter, die Lymphgefässe, die Lymphdrüsen und die Scheidenwände noch nicht ergriffen sind. Wichtig ist zur Feststellung die Untersuchung vom Mastdarm aus.

Bei Frauen über 53 Jahren, bei denen der Krebs langsamer fortschreitet, ziehen die Vff. wegen der geringeren Gefahr den Weg durch die Scheide vor. Ferner halten sie die Operation vom Bauche aus nicht für angezeigt, bei gleichzeitiger Beckeneiterung oder unter Umständen auch bei Anwesenheit eines Fibroms, da diese Dinge die Schwierigkeit der Operation erhöhen und leichter Sepsis zur Folge haben.

Die Vff. geben sodann eine Beschreibung der Technik der verschiedenen Operateure. Das im Wesentlichen Gemeinsame ist Folgendes: Als Vorbereitung dient die Auslöffelung des Krebses bei Halskrebsen und die Naht des äusseren Muttermundes bei Körperkrebsen. Vielfach wird daran die Umschneidung des Halses von der Scheide aus angeschlossen. Von welcher Seite man die Auslösung der Gebärmutter von oben beginnt, hängt von dem Sitz und der Ausdehnung der Erkrankung ab. Das einfachste ist, möglichst schnell die Artt. uterinae zu unterbinden, um die Operation so unblutig wie möglich zu machen. Oft macht die Zerreisslichkeit der Gebärmutter die Operation schwierig und wird zur Ursache der Infektion. Die Vff. empfehlen deshalb auch nicht die mediane Spaltung nach Faure. Ob es gerathen ist, wie bei der vaginalen Exstirpation, auch hier den Thermokauter zu verwenden, ist noch fraglich. Oefters kommt es zu Blasenverletzungen wegen starker Verlöthung mit der Gebärmutter. Liegt der Harnleiter umgeben von Drüsen oder Neubildung, so erscheint die vorherige Einführung von Harnleiterkathetern nothwendig. Wird ein Harnleiter verletzt, so muss sofort die Ureterocysto-neostomie angeschlossen werden.

Die Entfernung der iliacalen und sacralen Drüsen muss langsam und methodisch ausgeführt werden (Verletzungen der Vena und Art. iliaca,

der iliaca ext. sind vorgekommen). Bei unreinlicher Operation empfiehlt sich zum Schlusse eine Drainage nach der Scheide; Jacobs und Andere schliessen gewöhnlich das Bauchfell durch die Naht. J. Praeger (Chemnitz).

367. **Beitrag zur abdominalen Totalexstirpation**; von Dr. Funke in Strassburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIX. 3. p. 485. 1898.)

Anknüpfend an eine frühere Veröffentlichung (Jahrbb. CCLV. p. 33) theilt F. 10 weitere Fälle von abdominaler Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom oder jauchendem Sarkom aus der Freund'schen Klinik mit. Es sind jetzt insgesammt 20 F. mit 4 Todesfällen = 20% Mortalität beobachtet worden. F.'s Standpunkt ist der, in allen vorgeschritteneren Fällen die Laparotomie zu machen, mit dem Uterus, namentlich wenn das Carcinom bis in oder an das Parametrium geht, das letztere in ausgedehntem Maasse nach der Seite hin und nach den Retraktoren zu exstirpiren, dann die Drüsengegend entweder genau abzupalpiren oder einen Peritonäalschnitt zu machen, um die Gegend freizulegen, um dann je nach dem Befund zu säubern oder durch die Naht zu schliessen.

2 Fälle bespricht F. wegen der Betheiligung der Ureteren besonders. Die Technik Freund's für die Implantation des Ureters in die Blase ist so, „dass er den Ureter an seinem freien Ende schlitzt, dann die Wand des Ureters nahe seinem freien Ende mit der Nadel fasst und an der Blasenmuskulatur und Schleimhaut annäht (mit Catgut). Ein zweiter Faden unterstützt den ersten. Es ragt dann das freie Ende des Ureters in die Blase. Dann wird mit einer genügenden Anzahl Nähte das periuretrale Gewebe an das Peritonaeum der Blase angenäht. Bei der Totalexstirpation wird diese Stelle dann extraperitonäal gelagert und nach der Vagina drainirt."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

368. **Beitrag zur Behandlung des Collumcarcinoms in vorgerückteren Schwangerschaftsstadien**; von J. Merttens in Düsseldorf. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 84. 1898.)

M. leitete wegen Portiocarcinom bei einer 45 Jahre alten, in der 10. Gravidität stehenden Frau in der 35. bis 36. Woche die künstliche Frühgeburt mit dem *Barnes-Fehling*'schen Tampon ein und machte 8 Tage nach der Geburt die vaginale Totalexstirpation.

Er stellt für die Behandlung des Collumcarcinoms bei Schwangerschaft folgende Sätze auf: „Bis zur 28. Woche der Schwangerschaft ist ohne Rücksicht auf diese, möglichst bald nach Stellung der Diagnose, die vaginale Exstirpation des ganzen Uterus zu machen; erweist sich der Uterus sammt Frucht als zu gross hierfür, so ist derselbe entweder nach dem Vorschlage Olshausen's durch Ablassen des Fruchtwassers zu verkleinern oder nach dem Vorgang Dührssen's und Hegar's durch tiefe Cervixincisionen zu entleeren und dann sofort zu exstirpiren. In den letzten 3 Schwangerschaftsmonaten bei lebensfähigem Kinde soll man suchen, die Mutter zunächst möglichst schonend zu entbinden." In geeigneten Fällen ist nach M. hier entschieden die Einleitung der künstlichen Frühgeburt am Platze, wobei die Metreuryse besonders in Betracht kommt. Mit der Uterusexstirpation kann man nach M. nach glatt verlaufener Geburt meistens einige Tage warten.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

369. **Zur vaginalen Exstirpation des Uterus unmittelbar nach rechtzeitiger Geburt bei Carcinom und bei Uterusruptur**; von Dr. E. Schroeder in Königsberg i. Pr. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIX. 3. p. 525. 1898.)

Nach Schr. sind bis jetzt im Ganzen 3 Fälle von unmittelbar nach rechtzeitiger Geburt wegen Cervixcarcinom vorgenommener vaginaler Uterusexstirpation veröffentlicht worden; einen vierten hierhergehörigen Fall, in dem Winter operirt hat, beschreibt Schr. in der vorliegenden Abhandlung.

Wegen Uterusruptur wurde die vaginale Totalexstirpation bis jetzt 4mal ausgeführt, und zwar je 1mal von Neugebauer, Chrobak, Dührssen und Winter. Letzteren Fall theilt Schr. ausführlich mit. Die beiden ersten Patientinnen starben, die beiden letzten genasen.

Schr. fasst seine Ergebnisse in Folgendem zusammen: „Bei operablem Uteruscarcinom in der 2. Hälfte der Schwangerschaft ist die sofortige Entbindung nach theilweiser Auslösung der Cervix mit Hülfe tiefer Uterusincisionen vorzunehmen. Die vaginale Uterusexstirpation ist unmittelbar anzuschliessen. Einem lebensfähigen Kinde werden, wie es scheint, durch die genannte Entbindungsmethode gute Chancen geboten. Bei Uterusruptur besitzt der Praktiker in der Jodoformgazetamponade eine Behandlungsmethode, welche ganz gute Resultate liefert. Die bei Uterusruptur bisher geübten Operationsverfahren haben wenig günstige Resultate aufzuweisen, schlechtere als die Tamponade. Die vaginale Totalexstirpation des rupturirten Uterus verspricht bessere Operationsresultate zu liefern als die bisher erreichten; dies ist schon deshalb zu erwarten, weil alle vaginalen Eingriffe eine bessere Prognose bieten als die ventralen." Arth. Hoffmann (Darmstadt).

370. **Ueber vaginalen Kaiserschnitt**; von A. Dührssen in Berlin. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 232. Dec. 1898.)

D. berichtet über 2 eigene Fälle von vaginalem Kaiserschnitte und stellt 9 weitere Fälle aus der Literatur zusammen, von denen je 1 Fall von Winter, Hegar, Pfannenstiel, Mittermaier, Seiffart, Schauta, Rich. Braun von Fernwald, Michelini und Acconci stammt. Von den 11 Müttern sind 3 gestorben,

von den Kindern sind 3 am Leben geblieben. Da es sich in 9 Fällen um Carcinoma uteri handelte, ist diese Mortalität von 27% nicht sehr hoch; expektatives Verhalten und andere operative Eingriffe hätten nach D. viel schlechtere Resultate gegeben. Von den Kindern waren überhaupt nur 4 ausgetragen.

D. stellte früher schon folgende Indikationen für den vaginalen Kaiserschnitt auf: 1) Abnormitäten der Cervix uteri und des unteren Uterinsegmentes (Carcinom, Myom, Rigidität, Stenose, partielle sackförmige Erweiterung des unteren Gebärmutterabschnittes). 2) Lebensgefährliche Zustände der Mutter, die durch Entleerung des Uterus beseitigt oder gemildert werden (Krankheiten der Lungen, des Herzens und der Nieren). 3) Lebensgefährliche Zustände der Mutter, die voraussichtlich den Tod der Mutter herbeiführen.

D. nahm diese Indikationen natürlich nur für Fälle, in denen die Cervix geschlossen und nicht zu erweitern war, und für Fälle von Herz- und Lungenkrankheiten, in denen eine Ausschaltung der Wehenthätigkeit im Interesse der Mutter geboten erschien. Bei Complikation der Schwangerschaft mit Uteruscarcinom empfahl D. den sofortigen vaginalen Kaiserschnitt mit nachfolgender vaginaler Uterusexstirpation.

Nach D. beweisen der von ihm angegebene vaginale Kaiserschnitt, die vaginale Exstirpation des frisch puerperalen, rupturirten oder carcinomatösen Uterus und viele andere moderne geburtshülfliche Eingriffe, „dass die landläufige Anschauung von der Geburtshülfe als eines abgeschlossenen Fachs nicht zutrifft, und dass ferner der Aufschwung der gynäkologischen Chirurgie auch der Geburtshülfe zu Gute kommen musste“.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

371. **Zur Aetiologie und Therapie der Osteomalacie**; von Dr. Ferdinand Schnell in Würzburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIX. 3. p. 412. 1898.)

In den Jahren 1889—1898 sind 32 Frauen mit leichter und schwerer Osteomalacie in der Würzburger Klinik in Behandlung gekommen; Sch. schliesst aus dieser nicht kleinen Zahl, dass auch das Mainthal Unterfrankens, soweit es noch in den therapeutischen Wirkungskreis von Würzburg fällt, als ein „Heerd“ nach älterem Stiel zu bezeichnen ist.

Sch. gruppirt nach rein äusserlichen therapeutischen Gesichtspunkten seine Fälle in 1) solche mit spontaner Heilung, die gelegentlich einer geburthülflichen Complikation zur Kenntniss gelangten, 2) Frauen, die aus geburthülflicher Indikation zur Behandlung kamen, 3) Frauen, die medikamentös und 4) solche, die operativ behandelt wurden. Zur ersten Gruppe gehört 1 Fall, zur zweiten gehören 4, zur dritten 15 und zur vierten 11 Fälle. Die einzelnen Krankheitgeschichten theilt Sch. ausführlich mit. Vom klinischen Standpunkte aus unterscheidet Sch. 2 Gruppen: eine tardive und eine progressive Form der Osteomalacie. Er fand, dass die Osteomalacie je früher sie ausbrach, desto eher der progressiven Form angehörte.

Die anatomische Untersuchung der Ovarien ergab als einheitliches, pathologisch-anatomisches Charakterbild der osteomalacischen Ovarien, dass es sich um atrophische Ovarien mit hyalin entartetem Gefässapparate, mit bindegewebiger und späterhin hyaliner Degeneration des Rindenstroma und mit Follikelschwund handelt. *„Der höhere Grad der Ovarienerkrankung entspricht dem höheren Grad der osteomalacischen Erkrankung, der progressiven Form, und der geringere Grad der tardiven, der puerperalen Osteomalacie.“*

Der prägnantesten Form, der progressiven Osteomalacie, entsprechen nach Sch. die erheblichen, unzweideutigen Befunde der Atrophie an den Ovarien, ihr entsprechen chemisch die Harnanalysen im Grade der CaO-Ausscheidung, ihr entsprechen therapeutisch die Misserfolge mit den medikamentösen Heilversuchen und die Resultate erst mit der radikaleren Castration. Bei der zweiten Form, der tardiven, brach nach Sch. die Krankheit gelegentlich einer Gravidität und zumeist einer späteren aus; ihr Verlauf war dann remittirend oder auch intermittirend. Hier gelang es jedesmal durch geeignete Medikation, manchmal sogar in kurzer Zeit, die Beschwerden zum Stillstande zu bringen und die Arbeitfähigkeit wieder genügend zu heben.

Für die Therapie kommt Sch. zu dem Ergebnisse, dass in jedem Falle von beginnender Osteomalacie mit Phosphorleberthran ein Heilversuch zu machen ist. Bei der tardiven Form wird der Versuch bald erfolgreich sein, bei der progressiven dagegen nicht. In den letzteren Fällen empfiehlt Sch. grössere Phosphorgaben zu versuchen und bei Erfolglosigkeit dieser Therapie die Castration als die einzige uns bis heute bekannte Methode zur raschen und dauernden Heilung vorzunehmen. Geburthülfliche Complikationen ändern im Allgemeinen an diesen Regeln nichts.

Die Fehling'sche Auffassung von der ovariellen Ursächlichkeit der Osteomalacie erscheint Sch. von allen übrigen bisherigen Erklärungsversuchen immer noch als die zutreffendste. Die fortschreitende Erkenntniss der Osteomalacie scheint Sch. im Ovarium einen festen pathologisch-anatomischen Rückhalt für die weitere Forschung nach ihren Ursachen zu besitzen, nicht einen specifischen Befund, sondern einen graduell gleichlautenden Ausdruck.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

372. **Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur Geburtshülfe und Gynäkologie**; von E. Fraenkel. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 229. Nov. 1898.)

Unter 40000 geburtshülflichen und gynäkologischen Fällen fand F. nur 5 für die vorgelegte Frage verwerthbare Fälle; 3 davon betrafen Complikationen von appendicitischen Abscessen, bez. Peritonitis mit Schwangerschaft im 2., 5. und 6. Monate, 1 eine im Wochenbette entstandene und mehrfach recidivirende Appendicitis und 1 Fall wies bei einer im 5. Mon. Schwangeren abgekapselte intraperitonäale Abscesse auf und mehrfache Strangulation des Dünndarms durch Pseudomembranen, die nach Anamnese und Sektionbefund auf eine alte, latent verlaufene Perityphlitis zurückzuführen waren. Von diesen 5 Fällen theilt F. die Krankengeschichten mit.

Seine weiteren ausführlichen Darlegungen fasst F. etwa in Folgendem zusammen:

Es bestehen für den Verlauf der Appendicitis in der Schwangerschaft keine wesentlich anderen Bedingungen als ausserhalb derselben. Die bisherige allgemeine Annahme einer derart ungünstigen Einwirkung der Appendicitis auf die Schwangerschaft, dass unfehlbar Unterbrechung der letzteren mit tödtlichem Ausgange eintritt, bedarf wesentlicher Einschränkungen. Nicht die Unterbrechung der Schwangerschaft führt den schnellen lethalen Ausgang herbei, sondern dieselbe schwere allgemeine oder lokale Erkrankung des Körpers, die die Ursache des Abortes ist, ist gewöhnlich auch Ursache des Todes der Mutter. Der Einfluss der Appendicitis auf den Verlauf der Geburt, bez. Frühgeburt scheint kein besonders ungünstiger zu sein.

Beim Verlaufe des Wochenbettes bei Appendicitis treten als besondere Eigenthümlichkeiten hinzu: Die Möglichkeit einer durch die Uterusrückbildung bedingten Zerreissung einer periappendicitischen, mit dem Uterus verlötheten Abscesswand, ein neuer Nachschub der Infektion durch Vermittelung des Bact. coli commune und schliesslich eine besondere Beziehung der Appendicitis zur Entstehung von puerperaler Parametritis. Die Prognose der Appendicitis bei Gravidität ist nach den vorliegenden Zahlen für die Mütter keine günstige, für die Kinder eine sehr ungünstige. Zur Feststellung der Diagnose der Appendicitis bei Schwangeren und Gebärenden empfiehlt es sich, in Narkose zu untersuchen.

Bei einem ersten Anfalle von Appendicitis simplex in der Schwangerschaft mit nur leichten oder mittelschweren Symptomen ist der Versuch einer exspektativen Behandlung gerechtfertigt. Bei Wiederkehr der Anfälle ist operatives Einschreiten zu empfehlen. Die operative Therapie der Appendicitis bei Schwangeren zeigt keine grundsätzlichen Unterschiede von der bei Nichtschwangeren; man suche nicht blos den Anfall, sondern auch die Krankheit zu heilen, entleere alle erreichbaren Eiterherde und entferne möglichst den kranken Wurmfortsatz, wenn nöthig ohne Rücksicht auf den schwangeren Uterus. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

373. **Ueber gleichzeitige Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der weiblichen Beckenorgane;** von Prof. A. Dührssen. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 921. 1899.)

D. hat seit einer Reihe von Jahren bei gynäkologischen Coeliotomien auch die Gallenblase, wenn sie erkrankt war, operativ angegriffen und hat seit dem Vortrage von Sonnenburg: Ueber die Beziehungen der Appendix zu gynäkologischen Erkrankungen seit $1^1/_2$ Jahren bei den in diesem Zeitraume ausgeführten 320 vaginalen und ventralen Eröffnungen der Bauchhöhle *methodisch auf das Verhalten des Wurmfortsatzes geachtet*, ihn 10mal erkrankt gefunden und 9mal resecirt, während er vorher in einem viel grösseren Zeitraume den Wurmfortsatz nur 4mal entfernt hat, wenn er direkt durch Verwachsungen in das gynäkologische Operationgebiet hineingezogen war.

Der Gynäkolog muss nach D.'s Beobachtungen somit in $3^0/_0$ der Fälle darauf gefasst sein, die Appendix erkrankt zu finden und reseciren zu müssen, und zwar besonders in den Fällen von entzündlichen Adnexerkrankungen, in denen Verwachsungen von Dünndarmschlingen mit den Genitalorganen vorhanden sind, bez. in denen das rechte Lig. latum erheblich verdickt und zugleich verkürzt erscheint. Dort übertragen nämlich die peritonäalen Verwachsungen, hier die Fortsetzung des Lig. latum, das Lig. appendiculo-ovaricum, die Entzündung der Adnexe auf den Wurmfortsatz. Den umgekehrten Zusammenhang, ein primäres Empyem des Wurms mit consekutiver Entzündung der Adnexe, beobachtete D. nur 1mal, hält aber diese Weiterverbreitung der Appendicitis auch für die Parametritis superior für ätiologisch wichtig. Da diese Parametritis eine Retroversio uteri zu erzeugen vermag, so ergiebt sich die interessante Thatsache, dass eine Appendicitis simplex zu einer bedeutsamen Lageanomalie des Uterus führen kann.

Für die schwersten Fälle von ausgedehnten Beckenabscessen mit Appendicitis hält D. die *gleichzeitige Exstirpation des Wurmfortsatzes, der Adnexe und des Uterus* für die beste Behandlung, die gestattet, sämmtliche Erkrankungen in und am Becken radikal zu beseitigen. D. operirt in diesen Fällen von einem Medianschnitte in der Linea alba aus. P. Wagner (Leipzig).

374. **De l'avortement médicalement provoqué ou avortement thérapeutique;** par Adolphe Pinard. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 1. Janv. 1899.)

P. erörtert die Frage der Zulässigkeit der Einleitung der Fehlgeburt vom heutigen geburtshülflichen Standpunkte aus. Er erkennt die Berechtigung nicht an bei Verengungen des Geburtkanals, ebenso nicht bei Erkrankungen, die während der Schwangerschaft eintreten. Eine wirkliche Anzeige besteht nur, wenn die Ursache der das Leben der Frau bedrohenden Erscheinungen die Schwan-

gerschaft ist. Wird in diesen Fällen die künstliche Fehlgeburt eingeleitet, so opfert der Arzt nicht das Leben der Frucht, wie vom philosophischen und religiösen Standpunkte aus häufig eingeworfen wird, denn Frucht und Mutter sterben ohne Eingriff Beide, aber man rettet oft genug das Leben der Mutter. P. räth, vor dem Eingriffe einen Collegen zu Rathe zu ziehen.

J. Praeger (Chemnitz).

375. **Weitere Beiträge zur Lehre vom unteren Uterinsegment**; von Prof. H. Bayer in Strassburg. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 167. 1898.)

In Anknüpfung an eine frühere Veröffentlichung (vgl. Jahrbb. CCLVII. p. 5) polemisirt B. gegen die Abhandlung v. Herff's (vgl. Jahrbb. CCLVIII. p. 114) und hält an seiner Ansicht fest, dass sich die Erschlaffung des unteren Segments nach der Geburt einzig und allein aus dem Umstande erklärt, dass es als der cervikale Abschnitt des Brutraumes von Hause aus contraktionunfähig ist.

Im Weiteren unterwirft B. die Abhandlungen v. Dittel's: „Die Dehnungszone des schwangeren und kreissenden Uterus" und Leopold's: „Uterus und Kind u. s. w." einer kritischen Besprechung und theilt 2 eigene Beobachtungen mit genauer anatomischer Untersuchung mit.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

376. **Radiographie de l'utérus gravide**; par H. Varnier. (Ann. de Gynécol. XXVI. 51. p. 278. Avril 1899.)

V. berichtet über die Erfolge, die er gemeinsam mit Pinard bei Röntgenaufnahmen der schwangeren Gebärmutter gehabt hat, nachdem er auf dem Moskauer Congress seine Erfahrungen über Beckenaufnahme und Beckenmessung mit X-Strahlen mitgetheilt hatte. Die vorbereitenden Studien wurden an in Alkohol gehärteten Leichentheilen gemacht, daran schlossen sich drei Aufnahmen von frischen Leichen in der Schwangerschaft Verstorbener, endlich wurden zwei Serien von schwangeren Frauen aufgenommen (1897 13 Frauen von 2 Mon. bis 7½ Mon. schwanger, 1898 mit besseren Röhren 7 Frauen von 2—8 Mon. schwanger). V. betont, dass man bei Frauen in der Schwangerschaft von 6½ Mon. bis nahe dem Ende den Kopf der Frucht im Beckeneingange nach Röntgen photographiren kann, sowie seine Grösse, seine Einstellung, seine Beugung und wie weit er eingetreten ist, beurtheilen kann. Auf diesen in Rückenlage aufgenommenen Bildern sieht man weder die Wirbelsäule, noch die Glieder der Frucht.

J. Praeger (Chemnitz).

377. **Das Verhältniss der Stärke der runden Mutterbänder zur Stärke der Wehenthätigkeit**; von Karl Holzapfel in Erlangen. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 338. 1898.)

H. stellte in 110 Fällen die Stärke der Lig. rotunda und der Wehenthätigkeit fest. 82mal entsprach die Stärke der Lig. rotunda der Wehenthätigkeit gut, 7mal erwiesen sich die gezogenen Schlüsse als falsch, 21mal waren sie ungenau oder unsicher.

H. meint, dass man in gut ¾ aller Fälle im Stande sein wird, aus der Stärke der runden Mutterbänder die Stärke der Wehenthätigkeit zu bestimmen.

Die Beobachtungen H.'s bestätigen die von Homburger seiner Zeit über dieselbe Frage veröffentlichten Untersuchungen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

378. **Ein Beitrag zur Uterusruptur**; von Dr. A. Solowij in Lemberg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 5. p. 494. Nov. 1898.)

Eine 35jähr. Frau, die 6mal, angeblich immer in Steisslage, geboren hatte, kam am 6. April 1898 in die Lemberger Klinik. Starke Anämie und Abmagerung, Puls 120. Frucht in 2. Steisslage. Steiss etwas nach rechts abgewichen. Muttermund für 4 Finger offen. Blase erhalten. Conj. diag. 11 cm. 6 Uhr Abends Blasensprung. Muttermund nahezu verstrichen. Steiss im B.-E. Der rechte Fuss wurde heruntergeholt, leichte Extraktion. 2700 g schwere macerirte Frucht. Die Nachgeburt folgte nach ½ Stunde auf leichten Druck, doch wurden die Eihäute trotz fortwährenden Drehens zurückgehalten. Schliesslich rissen sie ab. Bei der Untersuchung des in der Vulva hängenden Stranges bemerkte S., dass er aus Muskelgewebe bestand und links in die hintere Muttermundslippe einzumünden schien. Nach Unterbindung wurde ein 4 cm langes Stück abgetrennt. Unter zunehmender Schwäche Tod am 7. April, 5 Uhr früh.

Die Leichenöffnung ergab eine quere Zerreissung des vorderen Scheidengewölbes und des Bauchfells zwischen Gebärmutter und Blase, eine Abreissung der vorderen Muttermundslippe (in Gestalt eines Streifens herabhängend). Die Gebärmutter war durch eine mächtige keilförmige Zwischenwand in zwei gleiche, sehr schmale Hälften getheilt (Ut. arcuat. sept. unicollis), die Wand der Gebärmutter war stark verdickt. Die Placenta sass an der Spitze der Scheidewand.

Nach S. kann die Abreissung der Scheide spontan oder durch die Drehung und den Zug an den stark adhärenten Eihäuten geschehen sein. Andererseits kann man auch annehmen, dass in Folge der Missbildung und der abnormen Insertion der Placenta eine Ueberdehnung des unteren Gebärmutterabschnittes und des Gebärmutterhalses begünstigt worden sei. J. Praeger (Chemnitz).

379. **Ein Beitrag zur Frage der Kolpaporrhexis in partu**; von F. Horn in Cöln. (Münchener med. Wchnschr. XLVI. 18. 1899.)

33jähr. Viertgebärende. Entbindungen ohne Hülfe, aber langdauernd, letzte: Zwillingsgeburt. Im 2. Wochenbette rechtseitige Parametritis. Wehenanfang am 1. Oct. 1898, Vorm. 8 Uhr. Abends ein *Wehenpulver* von der Hebamme, am 2. Oct., früh 4 Uhr, noch sechs von einem Arzte gegeben. Kurz vor 9 Uhr Blasensprung, 9 Uhr erster, 12 Uhr zweiter Zangenversuch. Nach dem letzten starke Schwäche und Blutverlust. Transport in die Hebammen-Lehranstalt. Beckenmaasse: Sp. 22, Cr. 25, Tr. 28, Conj. ext. 18, Conj. vera 7.5 cm. Gebärmutter fest zusammengezogen 3 Finger unter dem linken Rippenbogen, in der rechten Seite kleine Theile unmittelbar unter den Bauchdecken; keine Herztöne, Puls 120, Temperatur 37.8°. Innerlich Kopf fest im B.-E., Muttermund verstrichen.

In leichter Narkose Perforation, Extraktion mit scharfem Haken. Danach wurden Blutgerinnsel aus der freien Bauchhöhle entfernt. Die Gebärmutter war aus dem

rechten hinteren Scheidengewölbe herausgerissen, nach links verlagert, um ihre Achse gedreht. Die Nachgeburt wurde mit der Hand gelöst. Die Scheide wurde bis zum Cervixrande genäht, dann die Gebärmutter ausgestopft und die nicht verschlossene Rissstelle leicht mit Jodoformgaze drainirt. 1½ Liter Kochsalzinfusion. Kind 52 cm lang, ohne Gehirn 4200 g schwer. Das Wochenbett war leicht fieberhaft. Am 31. Tage stand die Frau auf.

Als ausschlaggebende Momente für die eingetretene Zerreissung sieht H. die hohen Secaledosen und den Mangel an Elasticität im rechten Scheidengewölbe in Folge der früher durchgemachten rechtseitigen Parametritis an neben dem Vorhandensein anderweitiger ungünstiger, mechanischer Faktoren (schlaffe Scheide, Hängebauch, enges Becken). Nach H.'s Ansicht wäre es auch ohne Zangenanlegung zur Zerreissung gekommen, die Zange war nur das letzte Glied in der Kette der die Zerreissung verursachenden Umstände.

J. Praeger (Chemnitz).

380. **Zur Prognose der Geburt bei engem Becken**; von Philipp Kissinger. (Würzburger Inaug.-Diss. Mainz 1897. H. Prickards. 34 S.)

Unter 3000 Kreissenden der Würzburger Klinik fanden sich in den Jahren 1889—1896 252 = 8.4% mit engem Becken; davon hatten 57.8% einfach platte Becken, 23.7% einfach platt rhachitische Becken, 3.1% allgemein verengt platt rhachitische Becken und 15.4% allgemein gleichmässig verengte Becken. Die Kindeslagen waren bei den 252 Geburten bei 83.2% normale Schädellagen, bei 2% Gesichtslagen, bei 0.4% Stirnlagen, bei 2.8% Steisslagen, bei 2.8% Fusslagen und bei 8.8% Querlagen. Nabelschnurvorfall fand sich 16mal = 6.4%, Vorfall von Extremitäten 3mal = 1.2%. In 180 Fällen = 71.4% erfolgte die Geburt spontan; in 72 Fällen = 28.6% war Kunsthülfe erforderlich. Die 72 Operationen vertheilen sich folgendermaassen: 33mal = 47.61% Wendung und Extraktion, je 10mal = 13.39% Zange und zerstückelnde Operationen, 3mal = 4.15% Sectio caesarea, 1mal = 1.39% Symphyseotomie und 15mal = 20.07% künstliche Frühgeburt.

In den 252 Fällen kamen 41 Todtgeburten vor, in 13 Fällen war das Kind schon abgestorben, als die Kreissende in klinische Behandlung eintrat; es verblieben demnach auf 239 enge Becken 28 = 11.7% Todtgeburten, bei 10 Zangengeburten kamen 2 Todtgeburten vor = 20.%. Die Wendung ergab 22 lebende und 10 todte Kinder = 18.75% Todtgeburten. Die 3 Fälle von Sectio caesarea verliefen günstig für Mutter und Kind. Von den 252 Müttern starben im Ganzen 3 = 1.15%, davon je 1 nach Symphyseotomie, nach Perforation und Kranioklasie durch Uterusruptur und nach Wendung und Extraktion durch Luftembolie.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

381. **Des présentations frontales**; par J. Ronsse, Gand. (Belg. méd. VI. 20. p. 609. 1899.)

Im Mittel kommt eine Stirnlage auf 1500—2000 Geburten. In der Genter Gebäranstalt wurde in einem Zeitraume von 10 Jahren nicht eine einzige beobachtet. Aus seiner eigenen Praxis, der von Cauwenberghe's und Fréderiq's berichtet R. über 5 Fälle von Stirnlage, die sämmtlich für die Mutter günstig verliefen, während 4 Kinder im Laufe der Geburt starben. Die Bemerkungen R.'s über den Geburtmechanismus bei Stirnlagen bieten nichts Neues. Bezüglich der Behandlung empfiehlt er bei beweglichem Kopfe im Beginne der Geburt die Umwandlung in Hinterhauptslage durch innere, äussere oder combinirte Handgriffe. Kehrt die Stirnlage trotzdem wieder und ist der Muttermund nicht genügend erweitert, so räth R., den Ballon von *Champetier de Ribes* einzulegen. Man kann dann abwarten, bis der Muttermund vollständig ist, ohne dass der Kopf in das Becken eintritt. Bei vollständigem Muttermunde wird die Blase gesprengt und auf die Füsse gewendet. Ebenso empfiehlt sich die Einlegung des Ballons unmittelbar nach dem Blasensprunge, um weiteren Abfluss des Fruchtwassers zu verhindern und so noch die Möglichkeit der Wendung zu erhalten. Ist das Fruchtwasser völlig abgeflossen und der Kopf tritt nicht ein, so kommen die hohe Zange, der Schamfugenschnitt, die Embryotomie, selbst der Kaiserschnitt in Betracht. Tritt der Kopf in Stirnlage in das Becken ein, so kann man bei günstiger Einstellung (Stirn nach vorn) abwarten, ob die Geburt spontan erfolgt. Ist dies nicht der Fall, so muss die Zange angelegt werden. Ist das Kind abgestorben oder die Stirn nach hinten gerichtet, so kommt die Perforation in Betracht. Eventuell kann auch bei in das Becken eingetretenem Kopfe bei Stirnlagen der Schamfugenschnitt vorgeschlagen werden, doch ist zu bedenken, dass die Frauen noch vielmehr Zerreissungen der Weichtheile ausgesetzt sind als sonst bei dieser Operation.

J. Praeger (Chemnitz).

382. **Ueber die Diagnose und Behandlung der abnormen Haltung der Extremitäten bei Gesichtslage**; von Dr. O. Lindenthal in Wien. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 25. 1899.)

Der Lagerung der Arme nach hinten an den Rücken der Frucht wird in den Lehrbüchern nicht Erwähnung gethan wegen der ausserordentlichen Seltenheit. Doch besitzt diese Anomalie praktische Wichtigkeit, da sie öfters den Kindestod zur Folge hat. L. hat nie derartige Fälle erlebt. Die Entstehung der abnormen Haltung verlegt er in die Zeit der Geburt. Wenn die Diagnose der Gesichtslage durch den Nachweis der abnormen Einstellung des Kopfes, ferner durch das Vorhandensein der grösseren Resistenz, der kleinen Theile und der kindlichen Herztöne auf derselben Seite sichergestellt ist, und wenn auch die innere Untersuchung die Deflexion bestätigt, wenn unter solchen Umstän-

den kleine Theile auch auf der Seite der geringeren Resistenz zu tasten sind, dann besteht ohne Zweifel die in Frage stehende abnorme Haltung der Arme.

Therapeutisch ist es am richtigsten, die Geburt spontan, unter Berücksichtigung der Gesichtslage, verlaufen zu lassen, wie der Verlauf in L.'s Fällen lehrt. Eine Ausgleichung der lordotischen Rumpfkrümmung kann nur von Erfolg sein, wenn es gelungen ist, die in den Rücken geschlagenen Arme an die Brust zu befördern.

Glaeser (Danzig).

383. **Beitrag zur Pathologie und Anatomie der Tubargravidität**; von E. Kreisch in Coblenz. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 794. 1899.)

Vom 1. April 1897 bis 1. April 1898 gelangten in der Martin'schen Privatanstalt in Berlin 17 Eileiterschwangerschaften zur Operation, die K. am Schlusse der Arbeit tabellarisch zusammenstellt. 4mal wurde die Colpotomia ant. vorgenommen. In einem dieser Fälle wurde nach Spaltung des Fruchthalters der Fruchtsack im Ganzen dem Eileiter entnommen, der Einschnitt vernäht und der Eileiter versenkt. Alle Frauen genasen.

In 5 Fällen, deren Krankengeschichten ausführlicher wiedergegeben sind, war es möglich, Querschnitte durch den ganzen Fruchthalter zu legen, um ein Uebersichtbild über Eihalter und Ei zu gewinnen.

In sämmtlichen Präparaten, mit Ausnahme des ersten, ist das Schleimhautepithel im Bereiche der Eientwickelung völlig zu Grunde gegangen. K. glaubt, dass vielfach Langhans'sche Zellen für Deciduazellen gehalten worden sind. Das Schleimhautepithel in den nicht schwangeren Theilen des Eileiters ist in der Anordnung gelockert und aus der hochcylindrischen mehr in die cubische Form umgewandelt; eine Umwandlung in Decidua liess sich aber auch hier nirgends feststellen. Obwohl es nicht zur Ausbildung einer Decidua vera gekommen war, war in 3 Fällen eine deutliche Reflexa, ein die Eihöhle gegen die Eileiterlichtung abschliessender Gewebestreifen nachzuweisen. Die Chorionzotten besassen in K.'s Präparaten ausnahmelos eine doppelte Epithelschicht. In einem Präparate bestanden beide Epithelschichten aus Langhans'schen Zellen. Die Verbindung der Zotten mit den mütterlichen Theilen wurde fast durchweg durch hohe Säulen Langhans'scher Zellen bewerkstelligt. Die Vermittelung fehlte nur zuweilen dort, wo die Zotten am meisten entwickelt waren, also wahrscheinlich an der Placentaanlage. Hier lagen die Zotten der Muskulatur unmittelbar an, ohne in sie hineinzuwuchern.

Bezüglich der Aetiologie der Eileiterschwangerschaft vermag K. nicht für alle Fälle der Ansicht Dührssen's, der der Gonorrhöe eine sehr grosse Rolle zuschreibt und beobachtet zu haben glaubt, dass die Intensität der Erkrankung nach der Gebärmutter hin zunimmt, zuzustimmen, obwohl er für 2 Fälle die Endosalpingitis und Salpingitis interstitialis ätiologisch als höchst bedeutsam hinstellt. Für einen Fall sieht er eine polypös entwickelte Tubarfalte als Ursache an, für einen weiteren mehrfache Torquirung des Eileiters in Folge peritonitischer Membranen. Durch die Windungen brauchte das in der Ampulle befruchtete Ei zum Durchtritte mehr Zeit und blieb schliesslich wegen der Incongruenz seiner Grösse und der Eileiterlichtung sitzen.

K. erwähnt schliesslich noch einen von Martin zuwartend beobachteten Fall von Zerreissung des schwangeren Eileiters, der unter Erscheinungen des tubaren Aborts mit Hämatocelenbildung verlief, aber schliesslich bei absoluter Ruhelage durch eine Nachblutung tödtlich ausging.

J. Praeger (Chemnitz).

384. **Rechtsseitige Tubarschwangerschaft. Ruptur im 5. Monat. Entbindung des frei in der Bauchhöhle lebenden Kindes durch Laparotomie im 8. Monat**; von H. v. Both in Kassel. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 782. 1899.)

Die 26jähr. Frau, die einmal geboren hatte, war zum letzten Male Ende November 1897 menstruirt. Schon Mitte Januar war eine Eileiterschwangerschaft festgestellt. Anfang Februar Abgang einer Decidua. Im April erfolgte jedenfalls die Zerreissung des Eileiters (heftige Schmerzen!). In der ersten Hälfte Mai erste Kindesbewegungen. Anfang Juli reiste Pat. von Petersburg zu A. Martin nach Berlin.

Vom Rippenbogen bis zur Schamfuge tympanitischer Schall. Frucht auffallend fühlbar und leicht verschiebbar. Im Becken rechts eine stark pulsirende weiche Masse, links die bis 3—4 Querfinger über die Schamfuge ragende Gebärmutter. Diagnose: sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft wahrscheinlich in der 32. bis 33. Woche. Bei der am 16. Juli 1898 vorgenommenen Operation wurde zunächst die frei zwischen den Därmen lagernde Frucht hervorgeholt und abgenabelt. Keine fruchtwasserähnliche Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Fruchtsack nicht vorhanden. Die Placenta überdeckte die rechte Beckenhälfte, Reste des Fruchtsackes und der Rand der Placenta mit Beckenwand, Netz und Darm stark verwachsen. Nach Lösung der Verwachsungen liess sich ein Stiel bilden und Placenta mit Eileiter wurden abgebunden. Die erhebliche Blutung wurde durch Umstechungen gestillt. Keine Drainage. Das Kind, ein Mädchen, schwach scheintodt, wurde wiederbelebt, starb aber nach 20 Stunden. Keinerlei Missbildung (Gewicht $3^1/_2$ Pfund, Länge 42 cm). Die Frau genas.

Am entfernten Präparat fand sich der Wurmfortsatz in die Eihäute am vorderen Placentarand eingebettet.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es in der ganzen Tube (sie liess sich am Präparat 6 cm weit in der Sackwand verfolgen, bis sie in die Placentainsertionsstelle überging), soweit sie nicht zur Implantation des Eies in Anspruch genommen war, zur Ausbildung einer typischen Decidua vera gekommen war. v. B. nimmt an, dass es dazu erst in den späteren Monaten der Schwangerschaft kommt, dass ferner die Binde-

gewebezellen der Zotten sich in Deciduazellen umwandeln.

Die Basis der Placenta war lediglich die rechte Tube im ampullären Theile, wobei deren Wand sehr erhebliche Zerrung erfuhr. Mikroskopisch zeigten sich die Muskelelemente der Tubenwandung auffällig auseinandergegangen unter Einlagerung von breiten Bindegewebestreifen. Es erscheint deshalb nicht angängig, die oft als beobachtet angeführten Wehen auf eine Contraktion der Fruchtsackwand bei älteren Tubenschwangerschaften zurückzuführen.

J. Praeger (Chemnitz).

385. **Casuistische Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Extrauterinschwangerschaft;** von Dr. Haeberlin. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIX. 4. 5. 1899.)

1) 25jähr. Frau. Nachdem die Periode 8 Wochen ausgeblieben war, eintägige Blutung, die sich nach 14 Tagen wiederholte und von der 3. Woche ab andauerte. Kein Abgang von Fetzen. Am 22. Juli 1893 plötzliche Ohnmacht. Akute Anämie. Puls 48—52. Bauch aufgetrieben, empfindlich. Heftiger Stuhldrang. Portio wenig nach rechts verdrängt. Gebärmutter nicht deutlich zu fühlen. Diagnose: geplatzte Extrauterinschwangerschaft. Trotz Ruhe, Opium, Eis Zunahme der Anämie. Am 23. Juli leichte Vorwölbung im Douglas'schen Raume. 11 Uhr Bauchschnitt: Massenhaftes frisches und geronnenes Blut. Die Gebärmutter zeigte am linken Eileiterwinkel eine nussgrosse Vorwölbung mit 3 cm grossem Riss an der oberen Wand. Höhle mit Blutgerinnseln und Chorion ausgefüllt, keine Spur vom Ei. Der Eisack wurde im Gebärmuttergewebe abgetragen. Genesung. Nach 3 Jahren normale Schwangerschaft und Geburt.

2) 24jähr. Frau, die einmal, vor 7 Monaten normal geboren hatte. Die letzte Regel begann am 25. November 1898. Nach Coitus in der Nacht am 24. November früh beim Aufstehen Schmerzen und Ohnmacht. 5½ Stunden später starke Blässe, Puls 124, klein. Bauch in den unteren Theilen etwas aufgetrieben, druckempfindlich, besonders links. Daselbst Dämpfung, 3 Finger breit über das Poupart'sche Band reichend. Gebärmutter vergrössert nach links verlagert. Im linken Parametrium weiche Massen, neben der Gebärmutter härterer Widerstand. Die Diagnose: Zerreissung einer linkseitigen Eileiterschwangerschaft, wurde durch den 8 Stunden nach dem Anfalle vorgenommenen Bauchschnitt bestätigt. Rissstelle an der hinteren oberen Wand im äusseren Drittel des linken Eileiters. Kochsalzinfusion in die linke Vena media. Am 2. Tage nach der Operation Abstossung einer Decidua. Genesung. Später Melancholie.

3) 21jähr. Fräulein, letzte Regel am 15. November. Am 12. Dec. früh plötzlicher Schmerz im Unterleibe, Stuhldrang, Erbrechen. 2 Uhr: Starke Blässe, Puls 120. Bauch vorgewölbt. Dämpfung in der Mittellinie bis zum Nabel, rechts 2 Finger breit unter dem Leberrand, links bis zur Nabelhöhe. Deutliches Fluktuationgefühl. Gebärmutter nicht vergrössert, anteflektirt, Anhänge nicht tastbar. Ueberführung in H.'s Privatklinik. 6 Uhr Puls nicht mehr an der Radialis fühlbar. Die Probepunktion ergab flüssiges Blut. 7 Uhr Bauchschnitt. Der Fruchtsack im linken Eileiter, dicht neben der Gebärmutter, Blut und Deciduafetzen enthaltend, wurde entfernt. Genesung.

4) 27jähr. Frau, die 2mal normal geboren und 2mal abortirt hatte. Letzte Regel 19. November 1897. Am 8. Januar 1898 heftige Blutung, 8 Tage dauernd. Vom 24. bis 25. Januar heftige kolikartige Schmerzen und Ohnmacht im Bette. In den nächsten Tagen Besserung, nach Klysma und Untersuchung wieder Verschlimmerung. Am 28. November Abends Status: Blasse Frau. Puls 132. Dämpfung bis handbreit über dem rechten Poupart'schen Bande. Gebärmutter vergrössert, weich, nach links verdrängt. Im rechten Parametrium weiche Massen, im oberen Theile eine härtere Resistenz. Diagnose: rechtseitige Eileiterschwangerschaft, wiederholte Blutungen. Bei der vorgenommenen Bauchoperation wurde neben flüssigem und geronnenem Blute ein kleinfaustgrosser Fruchtsack im äussersten Theile des rechten Eileiters, nach aussen mit dem Eierstock verwachsen, entfernt, mit Blutgerinnseln und Placenta angefüllt. Die Genesung wurde gestört durch Sublimatvergiftung, der Wundverlauf war normal.

Im 5. Falle wurde in Folge der Diagnose linkseitige Eileiterschwangerschaft operirt, da eine weiche Ausbuchtung links von der Gebärmutter getrennt schien. Es handelte sich jedoch, wie der Befund ergab, um eine *ganz normale* Schwangerschaft!

Im 6. Falle ergab ebenfalls die Operation, dass die Diagnose Schwangerschaft im rechten Eileiter irrthümlich gestellt war. Es handelte sich um eine gonorrhoische Adnexerkrankung beiderseits.

7) 37jähr. Frau, die vor 5 Monaten geboren hatte. Am 26. August, 5 Wochen nach der Periode, Blutung und starke Schmerzen. Erstere hielt bis zum 26. September an. An diesem Tage war im linken Scheidengewölbe eine unregelmässige Resistenz zu fühlen, die bis zur Gebärmutterkante reichte. Die Blutungen nahmen zu, desgleichen die linkseitige Geschwulst. Diagnose: Eileiterschwangerschaft. Die Operation ergab eine faustgrosse Hämatocele in der linken Beckenhälfte und eine spindelförmige Auftreibung im mittleren Theile des linken Eileiters, die eine Cyste enthielt.

8) 27jähr. Frau, hatte vor 1 Jahre geboren, seitdem stets Schmerzen in der linken Seite. Die Periode trat 20 Tage zu spät auf. Beim Waschen heftiger Schmerz in der linken Seite, Erbrechen, nachher Fieber. 10 Tage später fand H. die Gebärmutter nach rechts hinten verlagert, im linken Parametrium eine kleinfaustgrosse, theils weiche, theils harte Geschwulst. Temperatur 38.6°, Puls 100. 3 Tage nachher wurde wegen Ansteigen der Temperatur der Eiterherd von der Scheide aus zerstört. Rasche Heilung.

9) 42jähr. Frau, die 8mal geboren hatte. Seit dem letzten Wochenbette Schmerzen im Unterleibe, starke Regel und starke Verstopfung. Die Periode war im Frühjahre 2mal ausgeblieben, dann wieder Blutung am 3. Juni. Auskratzung, danach Ohnmacht, heftige Schmerzen, Auftreibung des Bauches. Am 7. Juni fand H. eine Schwellung über dem linken Poupart'schen Bande, stark stinkenden Ausfluss. Gebärmutter anscheinend nach rechts liegend. Temperatur normal.

Die Diagnose wurde auf subakuten Ileus gestellt. Bei der Operation wurde der Schnitt 1 cm über und parallel zum Poupart'schen Bande geführt. Linker Eileiter mittelfingerdick mit Darmschlingen verklebt, unterhalb eine teigig weiche Resistenz. Das Bauchfell wurde mit der Haut vernäht. Bei Eröffnung der Höhle wurde eine stinkende braunrothe Flüssigkeit entleert. Ausspülung, Jodoformgazetamponade. Tägliche Ausspülungen der Höhle. Am 7. Tage konnte eine zersetzte Placenta im Ganzen entfernt werden. Tod am 10. Tage nach der Operation. Die Sektion wurde nicht gemacht.

10) Am 17. December 1898 operirte H. eine Frau, bei der am 20. November die Periode ausgeblieben war, und die am 16. December unter fürchterlichen Schmerzen ohnmächtig zusammengebrochen war. Bei der Operation entleerten sich circa 3 Liter flüssigen und geronnenen Blutes. Linker Eileiter im mittleren Theile haselnussgross aufgetrieben, enthielt Deciduagewebe. Riss nach oben. Die Auftreibung nach der Gebärmutter zu war durch ein kleines Fibroid begrenzt, das die Eileiterlichtung absperrte.

H. rechnet die Fälle 1, 2, 3 und 8 (nachträglich noch 10) zu den Eileiterschwangerschaften

(bei 1 theilweise interstitielle Entwickelung), 4 und 7 [wohl kaum mit Recht! Ref.] zu den tuboovariellen und Fall 9 [eben so wenig mit Recht] zu den Ovarial- oder Abdominalgraviditäten. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Selbst bei fehlenden oder unsicheren Schwangerschaftzeichen denke man stets an Extrauterinschwangerschaft, sowohl bei plötzlich auftretenden heftigen Unterleibsschmerzen und begleitender Anämie, als auch bei unregelmässigen uterinen Blutungen im Vereine mit wiederkehrenden krampfartigen Schmerzen. Alle Frauen, bei denen die Diagnose auf Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter gestellt oder begründeter Verdacht darauf vorhanden ist, bedürfen genauester Ueberwachung. Nichttransportable in Folge von Zerreisslichkeit des Fruchtsackes sollen zu Hause operirt werden.

J. Praeger (Chemnitz).

386. **Ist die Integrität des Amnionsackes eine conditio sine qua non für die Weiterentwickelung der Frucht nach erfolgter Ruptur des Fruchthalters und Chorions oder nicht?** von F. Neugebauer in Warschau. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 31. 1899.)

N. wendet sich gegen einen Aufsatz von M. Price über Extrauterinschwangerschaft (Univers. med. Mag. July 1898), in dem Pr. behauptete, nur ein intakter Amnionsack schütze eine Frucht vor der Resorption durch das Peritonaeum. N. hat ein lebendes ausgetragenes Kind, das frei zwischen den Därmen lag, bei Extrauteringravidität beobachtet und betont sehr richtig, dass das Leben oder Absterben der Frucht nach Ruptur des Fruchthalters nicht von der Integrität des Amnionsackes abhängt, sondern von der Weiterernährung durch Nabelschnur und Placenta. Glaeser (Danzig).

387. **Seltene Fälle von Extrauteringravidität**; von H. Thomson in Odessa. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 409. 1899.)

Von 14 anderorts zu beschreibenden Fällen von operativ behandelter Extrauteringravidität theilt Th. hier 2 besonders interessante Beobachtungen mit.

1) *Graviditas tubar. dextr.* Tubenruptur. Exstirpation der rupturirten, 7 cm langen, in der Ausdehnung von 3 cm eingerissenen Tube. Heilung. 3 Monate später musste die Kranke wegen *linkseitiger Tubengravidität* wieder in das Krankenhaus aufgenommen werden. Es handelte sich um einen unvollständigen Tubenabort. Starker Bluterguss im Cavum Douglasii. Kolpotomia posterior. Entfernung der bogenförmig gewundenen Tube in der Ausdehnung von 8—9 cm; die Tube hatte in der Mitte den Umfang eines Hühnereies. Abdominale Tubenöffnung auf 5—6 mm erweitert. Heilung.

2) *Gleichzeitige Graviditas intra- und extrauterina.* Zuerst Abort der intrauterinen Gravidität. Bald nachher Bildung einer Hämatocele retrouterina. Incision im hinteren Scheidengewölbe, Entfernung einer grossen Menge dunklen Blutes. Heilung.

Fälle von wiederholter Extrauteringravidität sind nach Th. jetzt im Ganzen 39 beschrieben. Fälle von gleichzeitiger intra- und extrauteriner Gravidität dagegen im Ganzen 28.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

388. **Ueber die Bedeutung der Differentialdiagnose zwischen eitriger Phlebitis und Lymphangitis der Beckenorgane im Puerperium für Prognose und Therapie und über eine leichte, bis jetzt wenig beachtete Form von Lymphangitis der inneren Genitalien**; von Dr. Thomas in Strassburg i. E. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIX. 3. p. 389. 1898.)

Th. stellt die Frage auf, ob es möglich ist, eine Erkrankung des Lymphgefässsystems von einer Venenentzündung durch die blosse Exploratio interna zu unterscheiden, ohne weitere klinische Symptome, wie Fiebercurve, Häufung der Schüttelfröste, Milzvergrösserung, Auftreten von Metastasen heranzuziehen. Da die Lymphgefässe sich den Venen innig anschmiegen, scheint diese Möglichkeit zunächst unwahrscheinlich.

Th. knüpft nun an die Untersuchungen von Recklinghausen's an, nach denen intime Beziehungen zwischen Lymphgefässsystem und Bindegewebe bestehen. Hieraus folgt, dass eine Lymphangitis mehr Neigung hat, bei ihrer Ausbreitung der Anordnung des Bindegewebes zu folgen als eine Phlebitis. Eitrige Phlebitis geht dagegen eher sprungweise unter Metastasenbildung weiter, während für die Lymphangitis das regionäre Weiterkriechen des Processes charakteristisch ist.

Bezeichnend für Phlebitis ist nach Th. das rasche Auftreten einer schmerzhaften, circumscripten, strangartigen Schwellung in der Gegend einer Vene ausserhalb des Uterus oder der Ligamente. Die Phlebitis lässt ferner selbst bei ausgedehnter Infiltration in der Regel den vorderen und hinteren Douglas'schen Raum frei, während sich eine Lymhangitis gerade hier im Bindegewebe besonders leicht weiterentwickelt. Für Phlebitis bleibt charakteristisch die geringe Tendenz des primären Eiterherdes, selbst bei längerer Dauer der Krankheit das Nachbargewebe zu infiltriren. Ganz anders verhält es sich bei der Lymphangitis, für die Th. auf die verschiedenen Möglichkeiten der Weiterverbreitung im Parametrium, Paracystion, Paraproktion, Parakolpion hinweist.

Zum Schluss bespricht Th. noch eine leichte Entzündungform, die auch als Lymphangitis aufzufassen ist. Es handelt sich dabei um kleine, circumscripte Schwellungen in nächster Nähe des Uterus, meist unterhalb der Tubenecken und an der Cervix, an den Abgangstellen der grossen Lymphstränge oder etwas weiter im Ligament. Diese Erkrankungen gehen bei genügender Beachtung und Sorgfalt meistens rasch zurück.

Zur Illustration seiner Ausführungen fügt Th. 15 Krankengeschichten bei.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

389. **Untersuchungen über den Bakteriengehalt des puerperalen Uterus**; von F. Stähler und E. Winckler in Marburg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 737. Juni 1899.)

St. und W. schenkten bei ihren Versuchen der Frage nach dem Vorkommen von Anaëroben in der Uterushöhle fieberloser Wöchnerinnen besondere Beachtung. Unter 55 Fällen, in denen das anaërobe neben dem aëroben Culturverfahren angewendet wurde, blieb die Uterushöhle in 63.64% der Fälle keimfrei. Danach nahmen St. und W. an, dass in der Mehrzahl der Fälle bei fieberlosem Wochenbett die Gebärmutterhöhle keimfrei ist; es können aber zuweilen unter ganz normalen Verhältnissen sich saprophytisch lebende Keime finden, die bei genügendem Abfluss ihrer Stoffwechselprodukte mit den Lochien gar keine Erscheinungen machen. Es ist wahrscheinlich, dass durch gewisse, im Allgemeinen gutartige Keime leichte Entzündungen des Endometrium hervorgerufen werden können, ohne dass Steigerungen der Temperatur über 38.0° eintreten. In etwa $^1/_3$ der Fälle, in denen bei Wöchnerinnen mit Temperaturen bis höchstens 38.0° die Uterushöhle keimhaltig gefunden wird, handelt es sich um anaërobe Bakterien.

Bei 4 Wöchnerinnen der 1. Versuchsreihe, die Temperaturen zwischen 38.1° und 38.7° gehabt hatten, wuchsen in allen 4 Fällen Anaëroben, bei 10 Wöchnerinnen der 2. Reihe, von denen 6 mit Temperaturen zwischen 38.1° und 38.4°, 4 zwischen 39.3° und 40.5° gefiebert hatten, blieben 2mal die Nährböden steril, in den übrigen 8 Fällen wuchsen ausschliesslich Anaëroben in 6 Fällen, 2mal dagegen Anaëroben neben Aëroben. Unter den Anaëroben waren 2 Arten bemerkenswerth: in 2—5gliedrige Ketten angeordnete, nach Gram nicht färbbare, für Kaninchen nicht pathogene Streptokokken und bewegliche, nach Gram nicht färbbare, Gonokken in Form und Grösse gleichende, semmelförmige Diplokokken.

J. Praeger (Chemnitz).

390. **Die Ausschneidung der puerperal-septischen Gebärmutter**; von L. Prochownik in Hamburg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 756. Juni 1899.)

Auf Grund der Erfolge, die die Ausschneidung der Gebärmutter, bez. ihres grössten Theiles, in einer ganzen Reihe von Kaiserschnitten in Fällen, in denen die Gebärenden Zeichen der Wundinfektion aufwiesen, ebenso bei Zerreissungen der Gebärmutter, bei Myom, Krebs und Placentaverhaltung, falls bei diesen Erkrankungen Infektionzeichen bestanden, sowie bei der sogen. Tympania uteri und beim Tetanus gehabt hat, empfiehlt Pr. die Ausschneidung der puerperal-septischen Gebärmutter, aber nur dann, wenn die *Blutcultur* den Nachweis vom Vorhandensein von Streptokokken im Blut ergiebt.

Ist eine schwere Erkrankung ohne nachweisliche Pyämie vorhanden, so ist nach Pr. ein abwartendes Verfahren angezeigt, wenigstens in der 1. Woche.

Nur bei erwiesener Zurückhaltung von zersetzten Eitheilen hält Pr. deren Entfernung in Narkose für gerechtfertigt. Die Nachbehandlung hat auf den Eintritt sekundärer Pyämie zu achten, eventuell die Radikaloperation zu erwägen.

Bedroht im subakuten Stadium von der 2. Woche an eine auf die Gebärmutter beschränkte septische Erkrankung ohne nachweisliche Pyämie das Leben, so ist durch einmalige gründliche örtliche Maassnahmen Heilung zu erstreben. Bleiben diese nutzlos, so darf man sich zu radikalen Eingriffen entschliessen.

J. Praeger (Chemnitz).

391. **Pericystitis in puerperio**; von Prof. G. Kolischer in Chicago. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 25. 1899.)

K., der diese Erkrankung mehrfach im Wochenbett gesehen hat, schildert den Verlauf folgendermaassen:

Nach längere Zeit hindurch vorhandenem Pressen beim Urinlassen und nothwendigem Katheterisiren tritt plötzlich Fieber auf, bisweilen Schüttelfrost. Die vordere Hälfte des Beckens ist ausgefüllt von einem scheiben- oder kuchenförmigen Tumor, von dem der Uterus nicht abzugrenzen ist. Der Tumor liegt der vorderen Bauchwand knapp an. In 2 Fällen sah man nach Eröffnung des Leibes die Reservefalte des Peritonaeum aufgebraucht, die Blase in einen harten, scheibenförmigen Tumor verwandelt, der wie ein Brett in die Bauchhöhle vorragte. Die Diagnose war beide Male auf ein durchbrechendes Exsudat gestellt. Die Diagnose ist zu stellen aus der Beschaffenheit der Blase. Diese ist in die Länge gezogen, bei der Füllung mit Wasser leistet sie plötzlich einen *starren* Widerstand, bei der Entleerung wird der Tumor nicht kleiner, nach spontaner Miktion findet sich immer etwas Residualurin, die Blase kann sich nicht völlig contrahiren. Der Schnabel des Cystoskops lässt sich nur schwer aufrichten, die Schleimhaut der vorderen Wand ist gequollen, ödematös, mit punktförmigen Ekchymosen. In der Regel auch am Tuberculum urethrae und Mons Veneris Oedem. Bisweilen verbindet sich diese Pericystitis mit puerperaler parametraner Cellulitis. Dann kommt man bei der Operation des Exsudates leicht in die Blase. Therapeutisch kommen Ichthyolsuppositorien und heisse Kataplasmen in Betracht.

Glaeser (Danzig).

392. **Casuistischer Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des Puerperaltetanus**; von Dr. W. Pit'ha in Prag. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 29. 1899.)

Man kann 3 Infektionarten nach der Lokalisation unterscheiden: 1) Endometritische Lokalisation, und zwar: a) reine Tetanusinfektion,

b) Mischinfektion. 2) Vaginale oder perinäale Lokalisation (analog dem traumatischen Tetanus mit subcutaner Lokalisation). 3) Endometritische und vaginale Lokalisation.

Eine Hysterektomie kann nur bei endometritischer Lokalisation helfen, kommt aber auch hier wegen der Schwierigkeit der Diagnose zu spät. (3 Fälle). Die Incubation dauerte 3—10 Tage.

In 10 Fällen war die Serumbehandlung machtlos. Dagegen dient das Serum als ausgezeichnetes Prophylacticum, denn seit der Einführung präventiver Injektionen wurde kein weiterer Fall mehr beobachtet. Glaeser (Danzig).

393. **Zur Behandlung von wunden Warzen und Mastitiden im Wochenbett**; von Prof. W. Rubeska in Prag. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 177. 1899.)

Unter 3152 Stillenden hatten 1244 = 39.4% wunde Warzen, bei 17 = 0.54% kam es zu Mastitiden, von denen nur 2 vereiterten. Während des Stillens werden die Warzen täglich 2mal mit warmem Seifenwasser und 60proc. Alkohol desinficirt. Sind Excoriationen oder Rhagaden entstanden, so werden ausserdem die Warzen mit Umschlägen von 3proc. Borwasser feucht gehalten, um das Entstehen von Borken zu verhindern und etwaige Eiterpilze in ihrer Entwickelung zu hemmen. Bei tieferen Wunden wird die Brust dem Kinde nur mit Warzenhütchen gereicht. Fast stets wird weitergestillt. Bei beginnender Mastitis werden die Warzen energisch desinficirt und für 2 Stunden mit Umschlägen von 0.5proc. Sublimatlösung bedeckt. Die erste Milch aus den Milchgängen wird mittels Milchpumpe entfernt und eine Eisblase auf die Brust gelegt. Beginnt die Mastitis mit einem Schüttelfroste, hohem Fieber und sehr schmerzhafter Infiltration, so werden 2—3 *Pravaz*'sche Spritzen einer 3proc. Carbollösung parenchymatös injicirt. Ist der Beginn weniger stürmisch, so wird diese Injektion gemacht, wenn am 2. Tage die Schmerzhaftigkeit und das Fieber nicht zurückgehen. Brosin (Dresden).

394. **Pemphigusübertragungen im Wirkungskreise einzelner Hebammen**; von Dr. Brosin in Dresden. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 418. 1899.)

B. berichtet über 2 durch Uebertragung entstandene Erkrankungsgruppen an Pemphigus.

Hebamme X. leitete vom 11. Aug. bis 10. Oct. 1898 9 Entbindungen, sämmtliche 9 Kinder erkrankten an Pemphigus und 2 davon starben an der Krankheit. Die Hebamme X. bemerkte am 13. Sept. eine Pemphigusblase am eigenen Daumen; später traten weitere Blasen bei ihr auf. Nach 4wöchiger Ausserdienststellung der Hebamme keine weitere Erkrankung. Eine andere Dresdener Hebamme, Frau Z., leitete vom 13. März bis zum 15. Juni 64 Geburten mit 9 Pemphiguserkrankungen und 5 Todesfällen.

Bemerkenswerth ist zunächst die grosse Zahl der Todesfälle an einer Krankheit, die gewöhnlich als unschuldig und ungefährlich aufgefasst wird. Das Contagium des Pemphigus neonatorum ist nach B. der Staphylococcus pyogenes aureus, der fast stets in den älteren Blasen gefunden wird und bei Wiedereinimpfung neue Pemphigusblasen erzeugt.

Zur Verhütung der Weiterverbreitung des Pemphigus durch Hebammen empfiehlt B., solchen Hebammen, in deren Wirkungskreise sich Pemphiguserkrankungen wiederholen, für 2—4 Wochen die Annahme weiterer Entbindungen und das Abstatten von Wochenbettbesuchen zu untersagen. Ausserdem fordert B. eine bessere Aufklärung der Hebammen über die Natur und Bedeutung des Pemphigus, als dies seither statthatte.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

395. **Zur Hygiene der ersten Lebenstage**; von Dr. Hans Fuchs in Kiel. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21. 1899.)

In der Kieler Klinik wurde bei 15 Kindern sowohl die übliche Entfernung der Vernix caseosa, als auch das tägliche Bad versuchsweise weggelassen. F. kann einen schädigenden Einfluss des Bades nicht anerkennen, erblickt vielmehr darin einen wichtigen hygieinischen Faktor. Die Wasserverarmung der Gewebe, die sich beim Neugeborenen in den ersten Lebenstagen oft durch eine eigenthümlich welke, faltige Beschaffenheit der Haut bemerkbar macht, wird nach F.'s Beobachtungen zweifellos durch das tägliche Bad gemildert; Schlaf und Nahrungsaufnahme werden ferner in günstigem Sinne beeinflusst.

Den Icterus neonatorum und die übrigen Symptome des darniederliegenden Stoffwechsels fasst F. als den physiologischen Ausdruck der eingreifenden Veränderungen auf, die die Funktion sämmtlicher Organe in den ersten Lebenstagen erleidet. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

396. **Eine Gefahr der Brutapparate**; von Dr. E. Wormser zu Basel. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 38. 1899.)

W. macht darauf aufmerksam, dass in den Brutapparaten sehr häufig zu hohe und ungleichmässige Temperatur herrscht, weist ferner auf die schlechte Beschaffenheit der Luft in den Apparaten hin und führt endlich einen Fall von Erstickung des Kindes beim Erbrechen im Apparate an. Die Hustenstösse waren nicht zu hören.

Glaeser (Danzig).

397. **Congenitale Obliteration der Gallengänge**; von Prof. M. Stooss. (31. med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern während der Jahre 1896 und 1897. p. 35. 1898.)

Ein 6 Monate altes Mädchen war seit dem 3. Lebenstage gelbsüchtig, hatte keine Nabelblutung gehabt, nicht auffällig erbrochen. Es bekam Krämpfe und starb etwa 1 Woche danach im Zustande höchster Schwäche. Während des Lebens fand man starken Ikterus, Vergrösserung der Leber, Ascites, Oedeme. Die *Sektion* ergab:

1) Fehlen der Gallenblase, an deren Stelle sich ein 2 mm starker fibröser Strang fand. 2) Fehlen der Gallengänge. Der Ductus choledochus war durch einen fibrösen Strang ersetzt, der sich im Pankreas verlor. 3) Weit fortgeschrittene Lebercirrhose. St. vermuthet, dass es sich ursprünglich um eine Missbildung geringen Grades mit Verengerung der Gallengänge gehandelt habe und dass sekundäre entzündliche Vorgänge deren völligen Verschluss herbeiführten. Syphilis war wohl sicher nicht mit im Spiele, wie auch Thomson in seiner bekannten Monographie dieser Erkrankung keine Bedeutung für die Entstehung der angeborenen Lebercirrhose beimisst. Ob das Kind normal gefärbtes Meconium entleert hatte, konnte leider nicht in Erfahrung gebracht werden.

Brückner (Dresden).

398. **Ueber einen Fall von Retentio urinae bei einem Säugling**; von Dr. G. Schürenberg in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 125. 1898.)

Bei einem 8monatigen elenden rhachitischen Mädchen, das nach 3tägigem Aufenthalte im Spitale starb, wurden Sepsis, Enteritis chronica, Atrophie, Pneumonia cat. lobuli infer. et sup. dextri, Nephritis chronica festgestellt. Die *Sektion* bestätigte im Wesentlichen die Diagnose, förderte aber noch einen interessanten Befund an den Harnorganen zu Tage. Es fand sich in der Harnblase oberhalb der Harnröhrenmündung eine bohnenförmige Cyste, auf der ein kleiner warzenförmiger Tumor aufsass. Der rechte Ureter spaltete sich kurz oberhalb seiner Einmündung in die Blase in zwei Röhren. Die eine war abgeknickt und stark erweitert. Zudem bestand rechtseitige Hydronephrose. Nach der histologischen Untersuchung der Geschwulst und auf Grund der Literaturangaben kommt Sch. zu dem Schlusse, „dass es sich im vorliegenden Falle um eine Proliferationscyste, hervorgegangen aus einer Adenombildung nach oben in den Blasengrund verlagerter Skene'scher Drüsen handelt“.

Brückner (Dresden).

399. **Casuistische Beiträge zur pathologischen Anatomie des Kindesalters**; von Dr. Seiffert in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 12. 1898.)

1) *Zwei Fälle von kindlichem Diabetes mit Sektionsbefund.*

Ein 17jähr. Knabe starb nach längerer Krankheit im Koma, ein 6jähr. Mädchen nach kürzerer Erkrankung an intercurrenter Diphtherie. Bei beiden Kindern ergab die *Sektion* Atrophie des Pankreas.

2) *Ein Fall von doppelseitiger Hydronephrose in Folge angeborner Klappenbildung in der Urethra.*

Ein $^1/_2$jähr. Knabe litt an zeitweise sich wiederholender Retentio urinae. Mit dem Katheter konnte ohne Mühe wasserklarer Urin mit einem specifischen Gewicht von 1000 entleert werden. Urämische Symptome bestanden nicht. Das Kind starb plötzlich im Collaps. Die *Sektion* ergab doppelseitige Hydronephrose mit hämorrhagischer und Harnsäure-Infarcirung der Markkegel. Die Muskulatur der Blase war hypertrophisch. Blasenhals von der Ureterenmündung ab spitz trichterförmig ausgezogen, am Uebergange in die Ureteren nach rechts abgeknickt. Schleimhaut daselbst in feine, radiär nach unten zusammenlaufende Falten gelegt. Vom hinteren Umfange des Corpus gallinaginis gingen zwei dünne halbmondförmige Falten der Schleimhaut seitwärts ab, sich in die obere Wand der Urethra verlierend, wodurch ein Ventilverschluss gebildet wurde. Sonst Harnröhre ohne Besonderheiten. Keine Phimose.

3) *Aorteninsufficienz und Stenose bei $1^1/_2$jährigem Kinde.*

Seit den ersten Monaten Geräusche am Herzen, keine Cyanose. Tod an Diphtherie. *Sektion:* Herzachse von rechts oben nach links unten verlaufend. Linker Ventrikel nach vorn gelegen. Linkes Herz erheblich vergrössert, linker Ventrikel hypertrophisch. Ductus arteriosus Botalli obliterirt. Insufficienz und Stenose der Aortenklappen. Die übrigen Ostien gesund. Aorta erweitert, glatt. Keine Defekte des Septum. Foramen ovale geschlossen. S. glaubt, dass der Fehler zu Stande gekommen sei durch eine am Ende des Fötallebens oder in den ersten Lebenswochen einsetzende Endokarditis.

Brückner (Dresden).

400. **Zur Casuistik der operativ geheilten Darminvagination**; von Dr. Th. Toeplitz in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 283. 1898.)

T. hat 8 sicher diagnosticirte Fälle von Darminvagination bei Säuglingen beobachtet, 4 der Kinder starben. Bei den 4 Geheilten wurde die Invagination 2mal vom Mastdarme aus reponirt, 1mal durch Opium und Wassereingiessung und 1mal durch Laparotomie beseitigt. Den letzten Fall theilt T. ausführlich mit. Die Erkrankung bestand erst seit 12 Stunden. Die Lösung des eingeschobenen Darmstückes geschah ohne Schwierigkeiten. Die Heilung verlief glatt. T. giebt den Rath, falls die Invagination nicht vom Mastdarme aus zu erreichen ist, unverzüglich zur Laparotomie zu schreiten.

Brückner (Dresden).

401. **Ueber die Ursachen des Wolfsrachens und der hinteren Gaumenspalten**; von Dr. Johann Fein. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 4. 1899.)

F. macht darauf aufmerksam, dass Gaumenspalten häufig mit Vergrösserung der Rachenmandel einhergehen. Es finden sich einige solche Fälle in der Literatur beschrieben. An einer Anzahl von Präparaten aus dem Wiener pathologischen Institute, sowie an 5 Kranken der Chiari'schen Poliklinik konnte F. dieses Vorkommniss feststellen. Er ist geneigt, anzunehmen, dass die vergrösserte Rachenmandel die Ursache der Spaltbildungen ist. „Den vollgültigen und unanfechtbaren Beweis für die Richtigkeit unserer Anschauungen wird aber erst derjenige Beobachter zu liefern im Stande sein, dem der Zufall eine in den ersten Fötalmonaten befindliche Frucht in die Hände spielt, bei welcher die entwickelte Rachenmandel zwischen den Gaumenhälften liegt und sich damit deutlich als Hinderniss der Verwachsung zu erkennen giebt.“

Brückner (Dresden).

402. **La dentition précoce**; par le Dr. V. Joukovsky. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XVII. Mars 1899.)

J. beschreibt ein neugeborenes Kind mit wohl ausgebildeten unteren mittleren Schneidezähnen, von denen der rechte stark nach vorn abwich. Am 4. Tage bemerkte man ein Zungengeschwür und eine Entzündung des Zahnfleisches mit beginnender Abscessbildung, die zur Extraktion der recht fest sitzenden Zähne nöthigte. J. ist mit Henoch der Ansicht, dass entzündliche Vorgänge am Kiefer den vorzeitigen Zahndurchbruch veranlassen.

Brückner (Dresden).

403. **La tête des rachitiques. Son développement. Son volume. Ses rapports avec la taille**; par le Dr. Jean Bonnifay. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XVII. p. 79. Mars 1899.)

Nach den Untersuchungen B.'s sind die Maasse des Schädels in der ersten Periode der Rhachitis im Allgemeinen vermindert. Vom 5. Jahre sind sie hingegen vergrössert. Im Verhältnisse zum Rumpfe ist der Schädel der Rhachitiker stets grösser, als er normaler Weise sein sollte. Das ist das bezeichnendste Merkmal der Rhachitis. Das falsche Verhältniss zwischen Rumpf und Schädel ist gleichwerthig mit der Brachycephalie der Rhachitiker.

Brückner (Dresden).

404. **La paralysie douloureuse des jeunes enfants**; par le Dr. L. Bertrand. (Gaz. hebd. XLVI. 21. p. 241. 1899.)

Bei jungen Kindern, die heftig an einem Arme gezerrt werden, um sie vor einem Falle u. s. w. zu bewahren, beobachtet man nicht selten sofort danach Unbeweglichkeit des Gliedes und Schmerzhaftigkeit bei passiven Bewegungen. B. glaubt den Zustand auf eine durch Zerrung des Plexus brachialis bedingte Lähmung beziehen zu müssen. Die Beweglichkeit stellt sich in der Regel nach wenigen Tagen wieder her; ihre Störung beruht wohl in der Mehrzahl der Fälle, wie z. B. de Bruin annimmt, auf der bekannten Subluxation des Radiusköpfchens.

Brückner (Dresden).

405. **Beitrag zur Aetiologie des Pfeiffer'schen Drüsenfiebers**; von Dr. J. Hainebach in Frankfurt a. M. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26. 1899.)

Nach Schilderung des Krankheitbildes, wie es zuerst von E. Pfeiffer 1889 als Drüsenfieber beschrieben wurde, folgt die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles. Es handelt sich bei dieser bei Kindern jedenfalls häufiger vorkommenden Krankheit zweifellos um eine Infektionkrankheit sui generis, wenn sie auch von der Mehrzahl der Autoren noch nicht anerkannt wird. Die Eingangspforte der noch unbekannten Krankheiterreger sind die Rachenorgane, wenn das Gift (s. v. v.) diese auch unter unbekannten Bedingungen, ohne Lokalerkrankung hervorzurufen, passiren kann, um dann eine Entzündung der regionären Drüsen und eine Allgemeininfektion hervorzurufen. Im vorliegenden Falle wurde übrigens die Krankheit durch eine schwere hämorrhagische Nephritis complicirt.

H. Beschorner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

406. **Beobachtungen und Experimente über die Grundlagen der Asepsis**; von Dr. G. Gottstein. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 129. 1899.)

G. hat an 101 Kranken 124 excidirte Hautstückchen auf ihre Keimfreiheit untersucht, und zwar wurde die Haut in den verschiedenen Schichten fein zerschabt und das Geschabsel auf Nährböden übertragen. Von diesen 124 Untersuchungen betrafen 8 Haut von exulcerirten Tumoren oder aus der Nachbarschaft eines Anus praeternaturalis; die übrigen 116 beziehen sich auf normale unversehrte Haut. Von diesen 116 Versuchen sind 31 unter Carbol-Sublimatdesinfektion, 78 unter Alkohol-Sublimatdesinfektion, 6 unter Alkohol-Lysol oder Solveol und endlich 1 unter Formalindesinfektion ausgeführt.

Seine Untersuchungergebnisse stellt G. in folgenden Sätzen zusammen: „Mit den bisherigen Desinfektionsmethoden sind wir nicht im Stande mit einiger Sicherheit Sterilität der Haut zu erreichen, weder an der Oberfläche, noch in der Tiefe. Keimfreiheit der intakten Haut zu erzielen, gelang nur in $^1/_8$ der Fälle. Einigermaassen sichere Resultate zur Prüfung des Keimgehaltes der gesammten Haut ergiebt nur die von uns angegebene Schabungsmethode. Von einander trennen muss man den Keimreichthum der oberflächlichen von dem der tiefen Hautschicht. Die tiefen Schichten erwiesen sich in einem grösseren Procentsatze der Fälle als stärker bakterienhaltig, als die oberflächliche Schicht, und zwar steigt der Bakterienreichthum von der Oberfläche nach der Tiefe immer mehr. Männerhaut ist schwerer zu desinficiren als Frauenhaut. Die verschiedenen Körperregionen zeigen betreffs ihres Bakteriengehaltes grosse Differenzen. Am leichtesten steril zu erhalten ist die Bauchhaut 38%, dann Brust 20%. Sterilität der Scrotalhaut wurde niemals erzielt. Auch das Alter hat einen Einfluss auf die Möglichkeit, die Haut steril zu machen. Je älter ein Individuum ist, desto weniger ist auf eine Sterilität der Haut zu rechnen. Die sich hauptsächlich in der Haut vorfindende Bakterienart ist Staphylococcus albus; in einer geringen Anzahl von Fällen findet sich auch Staphylococcus aureus, Streptokokken u. s. w. Von der verbesserten Methodik hängt es ab, ob die zufälligen Keime von der Haut entfernt werden. Der Staphylococcus albus erwies sich in einer grossen Anzahl von Fällen als pyogen."

P. Wagner (Leipzig).

407. **Ueber die Desinfektion inficirter Wunden**; von Dr. C. v. Eicken. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 353. 1899.)

Der Kampf, der in den letzten Jahren zwischen Antisepsis und Asepsis getobt hat, ist wohl im Grossen und Ganzen zu Gunsten der Asepsis entschieden. Alle modernen Chirurgen sind bemüht, die Antiseptica von nicht inficirten Wunden nach Möglichkeit fernzuhalten. Die Frage, ob es Zweck hat, inficirte Wunden mit Antisepticis zu behandeln,

ist aber bisher noch nicht endgültig entschieden, wie sich aus einer Durchsicht der Literatur ergiebt.

v. E. benutzte zu seinen Versuchen mit Staphylococcus aureus inficirte Wunden und als Wundwässer 3proc. Carbolwasser, 2proc. essigsaure Thonerde und 0.6proc. sterilisirte Kochsalzlösung. Bei dem von v. E. gewählten Infektionmodus gelang es stets, die phlegmonösen Processe der Subcutis, falls solche auftraten, durch ausgiebige Incisionen zum Stillstande zu bringen. Auch bei breitem Offensein der Wunden und guter Tamponade ist es beim Kaninchen nicht möglich, den dickzähen Eiter durch Verbandgaze völlig aufzusaugen, mag diese nun mit Desinficientien oder mit physiologischer Kochsalzlösung angefeuchtet sein. Bei dem Bestreben, die Thiere zu heilen, sind die rein physikalischen Maassnahmen, die mechanische Entfernung des in der Wunde sich ansammelnden Eiters, die Spaltung von Eitergängen und Abscessen, von so überwiegender Bedeutung, dass Nutzen oder Schaden einer antiseptischen oder aseptischen Wundbehandlung nicht mehr zu controliren sind. Das Thierexperiment giebt also auf die Frage, ob man Desinficientien bei eiternden Wunde verwenden solle oder nicht, keinen Aufschluss. Auch aus den bei Eiterungen des Menschen angestellten bakteriologischen Untersuchungen konnte v. E. keinen sicheren Anhaltepunkt für die Frage gewinnen, ob wir Antiseptica anwenden sollen oder nicht, denn die Zahl der Keime und die Menge des Sekretes blieben bei beiden Behandlungmethoden unverändert. In wie weit die Toxine durch die Desinficientien unschädlich gemacht werden und die Virulenz der Keime abnimmt, entzieht sich vorläufig noch unserer Erkenntniss. Jedoch scheint es bei diesen Processen hauptsächlich auf *gut resorbirende Verbände und genügend häufigen Verbandwechsel* anzukommen.

v. E. hat dann weiterhin die *Veränderungen* studirt, *die die Gewebe durch die üblichen Desinfektionmittel* erleiden. Er fand im Allgemeinen bei 3proc. Carbollösung die tiefstgreifenden Veränderungen, zumal wenn statt der austrocknenden Verbände solche mit Gummipapier angelegt wurden.

P. Wagner (Leipzig).

408. **Ueber ein resorbirbares Naht- und Ligaturmaterial**; von Prof. W. F. Sneguireff. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 24. 1899.)

In dem Bestreben, einen brauchbaren Ersatz für das Catgut ausfindig zu machen, glaubt Sn. dem Ziele nahe zu sein. Als resorbirbares Naht- und Ligaturmaterial benutzt er seit Januar 1899 *Sehnenfäden aus dem Lig. nuchae des Rennthieres*, und zwar in Form der direkt durch Zertheilen des unversehrten Ligaments erhaltenen parallelfaserigen Fäden. Die Desinfektionmethode ist folgende: Entfetten in Aether, Einlegen in Juniperusöl auf die Dauer von mindestens 14 Tagen; Entfernen des Oeles durch Aether und Alkohol; Einlegen auf 2 Tage in $^1/_5$proc. Sublimatlösung in 80proc. Alkohol; Ueberbringen auf 2 Tage in 1proc. sterile Kochsalzlösung, Aufbewahren in Alkohol. Nach den angestellten bakteriologischen Untersuchungen und Thierexperimenten erwiesen sich die Fäden stets schon nach dem Juniperusöle als steril. Die bis jetzt erhaltenen Erfolge ermuntern zu weiterer Anwendung des relativ billigen und leicht zu beschaffenden Materiales. P. Wagner (Leipzig).

409. **Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Transplantation ungestielter Hautlappen**; von Dr. A. Henle u. Dr. H. Wagner. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 1. 1899.)

Die Thiersch'sche *Transplantation* lässt in denjenigen Fällen im Stich, in denen die neu verpflanzte Haut starken mechanischen Insulten ausgesetzt ist, sei es, dass sie andauernden und starken Druck auszuhalten hat, oder dass grössere Anforderungen an ihre Elasticität gestellt werden, wie dies z. B. in der Nähe von Gelenken der Fall ist. In derartigen Fällen muss man deshalb auf die zum Theil älteren Methoden zurückgreifen, die den Defekt durch *gestielte Hautlappen zu ersetzen* suchen. Aber auch diese Methode hat ihre grossen Nachtheile; die Behandlungzeit ist sehr lang; zudem ist es für den Kranken geradezu eine Qual, ein Glied viele Tage, ja selbst Wochen lang, oft in den unangenehmsten Stellungen fixirt halten zu müssen. Man muss deshalb in diesen Fällen auf die von F. Krause von Neuem empfohlenen *Transplantationen ungestielter Hautlappen* zurückkommen.

In der Breslauer chirurgischen Klinik wurden 51 solcher Transplantationen an 44 Kranken vorgenommen (22mal bei Fussgeschwüren, 4mal bei traumatischen Hautdefekten, 6mal bei Defekten nach Geschwulstexstirpation). Bei 9 Kranken mussten 13 Operationen vorgenommen werden, um Narben durch normale Haut zu ersetzen; endlich wurde noch 3mal operirt, um Haare an Stellen zu verpflanzen, wo sie verloren gegangen waren. Bei diesen Transplantationen ist der grösste Werth auf eine peinliche Asepsis und sorgfältige Stillung der Blutung aus der frischen Wundfläche zu legen; alle Antiseptica sind zu vermeiden. Die Lappen wurden meist von der Vorderfläche des Oberschenkels entnommen, 3—4 cm breit, bis zu 45 cm Länge. Nach sorgfältiger Befreiung vom Unterhautzellengewebe wurden sie in kürzere Formen zerlegt.

Von den 51 Transplantationen heilten 30 = 58.9% vollkommen; 8 = 15.4% theilweise. 13mal = 25.4% ergaben sich Misserfolge. Speciell bei den an *Unterschenkelgeschwüren* ausgeführten 25 Transplantationen ergaben sich 11 völlige und 6 theilweise Heilungen auf 8 Misserfolge. 7 Kranke wurden dauernd geheilt (bis $4^1/_2$ Jahre); bei 4 trat Recidiv auf. P. Wagner (Leipzig).

410. **Ueber Späteiterungen nach Schussverletzungen**; von Dr. H. Graetzer. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 435. 1899.)

Bei weitem seltner als die dauernde Einheilung eines Projektiles kommt es vor, dass nach einer längeren Zeit, während der das Projektil vollkommen reaktionslos im Körper getragen wurde, nachträglich noch an der Stelle der Verwundung plötzlich Entzündung und Eiterung auftritt, die oftmals einen recht schweren Verlauf nehmen kann.

Gr. theilt 3 solche Fälle aus der v. Bruns'schen Klinik mit; die Späteiterung trat hier 4 bis 11 Jahre nach der Verletzung auf. In der Literatur hat Gr. noch 52 Beobachtungen gefunden, bei denen nach verschiedenen Zeiträumen bis zu 59 Jahren ungestörten Verweilens der Projektile doch noch Entzündungen und Eiterungen am Sitze des Fremdkörpers entstanden.

Analog den nach Jahrzehnten wieder auftretenden Eiterungen nach Osteomyelitis gestaltet sich auch die Sachlage bei den Späteiterungen nach Schussverletzungen. Da für die Osteomyelitis die Latenz der Keime klinisch und experimentell unanfechtbar nachgewiesen ist, so ergiebt sich die Entscheidung derselben Frage für die Späteiterungen nach Schussverletzungen von selbst. Voraussetzung hierfür ist nur die Bedingung, dass überhaupt Keime in die Schusswunde eingeführt sind. Nach den neueren Untersuchungen ist der weitaus grösste Theil aller Schusswunden als inficirt zu betrachten; die früher viel gepriesene Sterilität der Schusswunden trifft nicht zu.

P. Wagner (Leipzig).

411. **Beitrag zur Kenntniss der latenten Mikroorganismen**; von Dr. J. Schnitzler. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 866. 1899.)

Für den Chirurgen ist die Frage nach der Latenz, d. h. der klinisch symptomlosen Symbiose der in den menschlichen Körper eingedrungenen Bakterien, besonders für das Verständniss zweier Krankheitbilder von Interesse: der *Späteiterungen nach Verletzungen,* speciell Einheilung von Fremdkörpern (Riedel's *Perialienitis*), und der *recidivirenden Osteomyelitis.*

Ueber derartige Späteiterungen finden sich zahlreiche Angaben und Erklärungversuche in der Literatur. Die bakteriologische Untersuchung allein lässt in solchen Fällen eine sichere Unterscheidung darüber nicht zu, ob früher einmal eingedrungene Mikroorganismen durch einen besonderen Anlass zur Virulenz erweckt worden sind, oder ob es sich um frisch eingedrungene Bakterien handelt, die sich an einem durch Trauma, Fremdkörper u. s. w. prädisponirten Ort abgelagert haben. Schn. theilt eine Reihe von fremden und eigenen Beobachtungen mit, deren Befunde wohl nur im Sinne einer Latenz von Mikroorganismen zu deuten sind.

Es erschien Schn. nun wünschenswerth, der durch klinische Erfahrungen und klinisch bakteriologische Untersuchungen bis zu einem gewissen Grade sicher gestellten Latenz von Mikroorganismen auch *experimentell* näher zu treten. Hier handelte es sich einfach darum, zu untersuchen, wie lange die in den Thierkörper eingebrachten Bakterien bei fortbestehender Gesundheit des Thieres in dessen Innern nachweisbar bleiben und wie lange sie die Fähigkeit behalten, vielleicht durch Hinzutreten besonderer Umstände, für dieses Thier pathogen zu werden.

Schn. hat zunächst mit Ewald Versuche darüber angestellt, wie lange nach vollzogener intravenöser Bakterieninjektion die Bakterien im Knochenmarke der Versuchsthiere (Kaninchen) zu finden sind. Mehrmals gelang dieser Nachweis noch relativ lange Zeit nach der Injektion (z. B. Sarcine nach 6 Tagen, Staphylococcus aureus nach 15 Tagen), ohne dass das Thier Krankheiterscheinungen gezeigt hätte.

Weiterhin hat dann Schn. versucht, die Latenz von Mikroorganismen im lebenden Thierkörper auf andere Weise nachzuweisen. Er ging von der Thatsache aus, dass manche Thiere gegen bestimmte Bakterienarten unter normalen Verhältnissen refraktär sind, während sie durch Hinzufügen einer besonderen Schädigung zur Erkrankung durch dieselbe Bakterienart disponirt werden. Durch Einschalten verschieden langer Zeiträume zwischen Bakterieninjektion und disponirender Schädigung konnte nun nachgewiesen werden, wie lange die Bakterienart in dem Thiere lebens- und virulenzfähig geblieben war. So konnte z. B. bei Fröschen, denen Streptokokken injicirt worden waren (diese Injektion allein hat keine schädlichen Folgen für den Frosch) durch Erwärmen im Brutapparate oder durch Chloroformnarkose sogar noch 4 Wochen nach vollzogener Injektion eine tödtliche Streptokokkenerkrankung hervorgerufen werden. Tödtet man einen Frosch, dem Streptokokken injicirt worden waren, und untersucht nach den üblichen Methoden Herzblut, Leber, Knochenmark, so findet man schon zumeist einige Tage nach der Injektion diese Organe keimfrei.

Aehnliche Versuche beim Kaninchen durchzuführen, misslang, einmal wegen der grösseren natürlichen Disposition der Kaninchen zur Erkrankung durch die angewendeten Bakterienarten, und dann wegen der Schwierigkeit, künstlich eine derartige allgemeine Disposition hervorzurufen, wie sie beim Frosche durch die angeführten Maassnahmen leicht zu erreichen ist.

Schn. stellte dann Versuche an in der Art, dass er, nachdem er Kaninchen längere Zeit vorher Culturen von Staphylococcus aureus intravenös injicirt hatte, durch Frakturirung eines Knochens eine frische, akute Osteomyelitis zu erzeugen versuchte. Nur in einem Falle gelang es.

Schliesslich erwähnt Schn. noch einige Versuche, die dahin gingen, die nach Staphylokokken-

injektionen so häufig latent zurückbleibenden Niereninfarkte durch traumatische Einwirkungen zu manifesten Eiterungen umzuwandeln.

P. Wagner (Leipzig).

412. **Die Osteomyelitis tuberculosa des Schaftes langer Röhrenknochen**; von Dr. H. Küttner. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 449. 1899.)

Auf Grund des Materiales der v. Bruns'schen Klinik bespricht K. die *Tuberkulose des Schafttheiles langer Röhrenknochen,* und zwar diejenige Form, die *im Marke* ihren Sitz hat, die *Osteomyelitis tuberculosa.* So häufig die Tuberkulose das Mark der kurzen Röhrenknochen befällt, so selten lokalisirt sie sich an gleicher Stelle bei langen Röhrenknochen. In der v. Bruns'schen Klinik kamen z. B. auf 2127 klinisch behandelte Knochen- und Gelenktuberkulosen an Extremitäten nur 6 Fälle von Osteomyelitis tuberculosa langer Röhrenknochen = 0.28%.

Man muss unterscheiden zwischen einer *primären,* im Mark der Diaphyse entstandenen Tuberkulose und einer *sekundären,* die, von erkrankten Gelenken oder von Spongiosaherden ausgehend, auf den Markkanal übergreift.

Von *primärer Osteomyelitis tuberculosa* theilt K. einen sehr prägnanten Fall mit, der die Tibia eines 12jähr., gut genährten Mädchens betraf. Der Verdacht auf Tuberkulose wurde erst im Verlaufe der Operation rege, nachdem die vordere, nur aus neugebildetem Knochen bestehende Wand der Höhle fortgemeisselt war. Es fanden sich in einem Lager von fungösen Granulationen 4 Sequester, die sich wesentlich von denen einer osteomyelitischen Nekrose unterschieden. Sie waren allseitig gelöst und liessen sich leicht herausnehmen, aber sie hatten, obwohl sie der Rinde angehörten, ein *auffallend poröses* Aussehen und enthielten in allen Poren und Lücken sehr fest haftende fungöse Granulationen, die sich später in der That als *tuberkulös* herausstellten.

Auch unter dem Bilde des *tuberkulösen Knochenabscesses* kann die primäre Diaphysenosteomyelitis in Erscheinung treten; auch die recht seltene *Spina ventosa langer Röhrenknochen* gehört zur primären Osteomyelitis tuberculosa.

Die bisher aufgeführten Formen der primären Osteomyelitis tuberculosa haben das Gemeinsame, dass sie trotz bisweilen grosser Ausdehnung doch lokal und auf die eigentliche Diaphyse beschränkt bleiben; es giebt aber auch Processe, die der *infiltrirenden progressiven Tuberkulose* König's zuzurechnen sind und ausgesprochene Neigung haben, auf die Epiphysen und Gelenke überzugehen.

Die primäre tuberkulöse Osteomyelitis befällt fast ausnahmelos Kinder im Alter von 2—6 Jahren, die in der Regel erblich belastet und mit multipler Tuberkulose behaftet sind. Das Hauptinteresse derartiger Fälle liegt in der *Diagnose,* denn die *Aehnlichkeit mit der im Gefolge der akuten Osteomyelitis auftretenden Nekrose* kann sehr gross sein. Die *Prognose* ist abhängig von dem Allgemeinzustand und von der lokalen Ausbreitung des Processes.

Therapeutisch muss die primäre tuberkulöse Osteomyelitis der langen Röhrenknochen in gleicher Weise angegriffen werden, wie die akute infektiöse Osteomyelitis in ihren späteren Stadien. Nebenbei muss eine geeignete Allgemeinbehandlung bei den meist schwer tuberkulösen Kindern die lokale Therapie unterstützen.

Die *sekundäre (fortgeleitete) Osteomyelitis tuberculosa* gehört entweder der König'schen *Caries carnosa* oder aber der *infiltrirenden progressiven Tuberkulose* König's an. Von der letzteren Form theilt K. 5 Fälle mit, die Männer im vorgeschrittenen Lebensalter betrafen und stets von einer Gelenkerkrankung ausgingen. Diese Gelenkerkrankung war 4mal mit offener Eiterung complicirt.

Die Bedeutung der sekundären progressiven Osteomyelitis tuberculosa liegt nicht auf *diagnostischem* Gebiete. Die Erkrankung des Markes ist vor der Operation überhaupt nicht diagnosticirbar (sie bildet stets eine unerwartete Complikation), und über die Natur des Grundleidens kann ein Zweifel kaum jemals bestehen, da es sich um schwere Gelenktuberkulosen zu handeln pflegt. Viel wichtiger ist der Einfluss dieser seltenen Complikation einer Gelenk- und Knochentuberkulose auf die *Prognose* und *Therapie,* da es nur ausnahmeweise gelingt, das Glied zu erhalten. Am ehesten wird man noch bei Kindern eine conservative Therapie durchführen können.

P. Wagner (Leipzig).

413. **Ueber die Tuberkulose der Symphysis ossium pubis**; von Prof. O. v. Büngner. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 892. 1899.)

v. B. giebt zunächst die Krankengeschichte einer 57jähr. Frau wieder, bei der er eine ausgedehnte *Tuberkulose der Symphysis ossium pubis* durch Operation heilte. In der Literatur finden sich nur noch 3 derartige Fälle, die der Helferich'schen Klinik entstammen. Der *Tuberkulose der Symphysis ossium pubis,* die mit derjenigen der Synchondrosis sacro-iliaca in Parallele zu stellen ist, kommt gleich dieser eine besondere chirurgische Bedeutung zu. Sie kommt namentlich bei Weibern im mittleren und höheren Lebensalter vor. Vorausgegangene *Traumen* begünstigen die Entstehung der Krankheit. *Primärer Sitz der Erkrankung* ist entweder der Faserknorpel der Symphyse selbst oder das ihr benachbarte Knochengewebe. In Folge der Ansiedelung der Tuberkelbacillen in diesen Theilen und der durch sie angefachten chronischen Entzündung kommt es alsbald und allemal zu einer ulcerösen Zerstörung der Knorpel-, bez. Knochensubstanz. Die Tuberkulose im Bereiche des vorderen Beckenringes verläuft meist in Form

einer *tuberkulösen Herderkrankung* mit Bildung von Sequestern und lacunärem Knochenschwund in der Umgebung: *Caries necrotica.* Mit der Zeit entsteht ein *Congestionabscess,* der durch seine *typische topographische Lage* und seine *eigenartige Form* für die Krankheit charakteristisch ist. Der *Abscess* liegt *supra-* und *retrosymphysär.* Die *suprasymphysäre* Vorwölbung ist keine gleichmässige, sondern sie tritt in der Mitte weniger hervor als in den Seitentheilen und erscheint deshalb wie durch eine sattel- oder muldenförmige, vertikal gestellte Rinne getheilt. Die sich bildenden tuberkulösen Fisteln liegen meistens an den Stellen der grössten Hervorragung oberhalb der horizontalen Schambeinäste.

Der *klinische Verlauf* der tuberkulösen Caries der Symphyse ist im Allgemeinen ein *chronischer* mit mehr oder minder ausgesprochenen *Störungen des Allgemeinbefindens verbundener: ausstrahlende Schmerzen, direkter Druckschmerz, indirekter Druckschmerz.* Mit der weiteren Entwickelung des Leidens treten die *örtlichen Veränderungen* deutlicher hervor und erleichtern die Diagnose: der eigenthümliche *Congestionabscess, Fistelbildung* u. s. w. Bisweilen, aber nicht gerade häufig, gelingt es auch, nach Zerstörung der Symphyse die *Schambeine gegen einander zu verschieben.* Ein klaffender Spalt an Stelle der Symphyse ist kaum nachzuweisen.

Diagnostisch wird die Krankheit in ihren Anfangstadien häufig mit *Neuralgien*, später, wenn schon ein Symphysenabscess vorhanden ist, mit einer *Inguinalhernie* verwechselt.

Die *Prognose* hängt, wie bei allen derartigen Processen, theils von den complicirenden Organerkrankungen, theils, und zwar wesentlich, davon ab, ob der Erkrankungherd vollständig beseitigt wird. Auch die *Prognose quoad functionem* ist in der Regel überaus günstig, wenn man subperiosteal operirt.

Die *Behandlung* kann natürlich nur eine *chirurgisch-operative* sein und muss möglichst frühzeitig und gründlich vorgenommen werden. v. B. empfiehlt eine breite Spaltung der Weichtheile mittels des von Bardenheuer angegebenen *suprasymphysären Schnittes.* Ist an den Schambeinästen Demarkation eingetreten, so hat man nach Loshebung des Periostes das ganze sequestrirte Stück oder die einzelnen kleineren Sequester herauszuheben; anderenfalls soll man in gehöriger Entfernung von den Grenzen des Herdes den Knochen durchsägen oder durchmeisseln. Eine sorgfältige Ausschabung der tuberkulösen Granulationen, der Abscessmembran und etwaiger Fisteln hat dem Eingriff zu folgen. Daran schliesst sich die breite Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze und die Anlegung eines gut deckenden Verbandes. Der Wundverlauf gestaltete sich nach allen in dieser Weise ausgeführten Operationen günstig und die Wunde füllte sich von der Tiefe her mit guten Granulationen, nach deren Schrumpfung und Ueberhäutung eine feste, in der Mitte eingezogene Narbe zurückblieb. Die Heilung war eine dauernde; ein Recidiv ist, obschon bereits geraume Zeit seit der Operation verstrichen war, in den bisher bekannt gewordenen Fällen nicht eingetreten.

P. Wagner (Leipzig).

414. **Knochenverkrümmung nach entzündlicher Erweichung**; von Scharff. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Drei charakteristische Fälle aus der Privatklinik des Ref. werden mitgetheilt, in denen nach Osteomyelitis femoris, nach Kniegelenkstuberkulose, nach einem Trauma der Tibia sich Verkrümmungen einstellten, die theils auf die Belastung, theils auf Muskelzug zu beziehen sind.

Die bisher in der Literatur niedergelegten derartigen Beobachtungen sind spärlich. Die sogen. Spondylitis traumatica gehört wohl ebenfalls hierher.

Vulpius (Heidelberg).

415. **Die klinische Bedeutung der Endotheliome der Gesichtshaut**; von Dr. V. Hinsberg. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 275. 1899.)

In den letzten $4^1/_2$ Jahren wurden in der Strassburger chirurgischen Klinik 97 Gesichtshautneubildungen exstirpirt und pathologisch-anatomisch genau untersucht. Von diesen 97 Neubildungen wurden von pathologisch-anatomischer Seite 13 für *Endotheliome*, 84 für Carcinome erklärt, während die klinische Diagnose stets „Carcinom“ gelautet hatte. 9 Endotheliome gehörten der Nase, 4 den Augenlidern an. *An der Nase waren die Endotheliome doppelt so häufig und an den Augenlidern ebenso häufig wie die Carcinome.* Das äussere Bild der Endotheliome und Carcinome ist im Allgemeinen gleichartig. Das Durchschnittalter der Träger der Endotheliome entspricht ungefähr dem der an Carcinom Erkrankten. Tiefgreifende Zerstörungen kamen bei den Gesichtscarcinomen selten vor, sie fehlten aber auch nicht bei den Endotheliomen. Recidive kamen auch bei den Endotheliomen vor.

Klinisch lässt sich also nur eine Wahrscheinlichkeitdiagnose auf Endotheliom stellen, und zwar namentlich dann, wenn die Neubildung an den Augenlidern oder an der Nase sitzt. Prognose und Therapie sind bei Endotheliomen und Carcinomen der Gesichtshaut gleich. P. Wagner (Leipzig).

416. **Die operative Behandlung der schweren Occipitalneuralgien**; von Prof. F. Krause. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 469. 1899.)

Wenn es schon bei der Trigeminusneuralgie schwer ist, die Innervationgebiete der einzelnen Zweige abzugrenzen, so sind diese Schwierigkeiten noch viel grösser, wenn es sich um eine genaue Bestimmung des primär erkrankten Nervengebietes bei schweren *Occipitalneuralgien* handelt. Die Nerven, die hier vorwiegend in Frage kommen, sind der N. occipit. major, minor und tertius, ferner der

N. auricular. magnus, seltener der N. subcutan. colli inf., sowie die NN. supraclaviculares. Die Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit, bei schwerer Occipitalneuralgie das primär erkrankte Nervengebiet genau zu bestimmen, hat ihren Grund namentlich darin, dass in diesem Bereich die anatomischen Verschiedenheiten einen ausserordentlich weiten Spielraum einnehmen. Die in Betracht kommenden Verhältnisse, Schnittführungen u. s. w. werden von Kr. eingehend geschildert, und zwar unter Zugrundelegung einer ganzen Anzahl von vorzüglichen Abbildungen. Die Arbeit muss im Originale studirt werden. P. Wagner (Leipzig).

417. **Glandula sublingualis und Ranula**; von W. Mintz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 1 u. 2. p. 185. 1899.)

M. hat eine von Sokoloff mitsammt der Glandula sublingualis entfernte *Ranula* mikroskopisch genau untersucht. Das Ergebniss war neben der Bestätigung der Theorie von der Entstehung der Ranulacyste aus der Glandula sublingualis eine weitere Stütze der v. Hippel'schen Interpretation der primären Cystenbildung aus den kleinen Ausführunggängen der Drüse. Ergiebt sich aus dem pathologisch-anatomischen Befunde einerseits die logische Forderung, die Glandula sublingualis als den primären Erkrankungherd in Fällen von klassischer Ranula mit zu entfernen, so ist andererseits der von v. Hippel empfohlene submentale Weg zwischen Mylohyoideus und Biventer als der bequemere vorzuziehen. Er giebt ein übersichtliches Operationfeld, greift den Sack an seinen dickeren, mit der Drüse verwachsenen Partien an und sichert eine rationelle Drainage der Wunde. P. Wagner (Leipzig).

418. **Ueber gutartige metastasirende Strumen**; von Dr. B. Honsell. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 112. 1899.)

Nicht nur maligne Tumoren der Schilddrüse, sondern auch Strumen, die in ihrem ganzen Aufbau den Charakter der Gutartigkeit bewahrt haben, können zu Metastasenbildungen in anderen Organen führen. Zumeist im Knochengewebe, seltener in Lungen und Lymphdrüsen, sitzend vermögen diese Metastasen gleich dem primären Schilddrüsentumor Colloid zu erzeugen, und sind selbst befähigt, die Funktionen der Schilddrüse zu übernehmen; auf der anderen Seite können sie aber auch durch den oft progredienten Charakter ihres Wachsthums, durch Zerstörung und Verdrängung des sie umgebenden Gewebes dem Träger im höchsten Grade gefährlich werden und eine weit höhere klinische Bedeutung gewinnen, als sie der Struma selbst zukommt.

H. theilt aus der Tübinger chirurgischen Klinik einen Fall von *gutartiger metastasirender Struma,* und zwar vom Typus eines Gallertkropfes, mit, die sich ungefähr 2 Jahre nach der Exstirpation des Kropfes gebildet hatte. Die etwa taubeneigrosse Metastase sass bei dem 20jähr. Mädchen im Stirnbein und konnte wegen mangelnder Grenzen nur unvollkommen entfernt werden.

In der Literatur konnte H. im Ganzen nur 11 Beobachtungen auffinden, die der eben angeführten sicher gleich sein dürften, d. h. Fälle, in denen der primäre Tumor und die Metastasen ausschliesslich typisches Strumagewebe, dagegen kein Carcinom enthielten. P. Wagner (Leipzig).

419. **Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen und Defekte**; von Dr. F. v. Mangoldt. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 926. 1899.)

v. M. hat in der letzten Zeit 2 Frauen und 2 Kinder mit stenosirtem und zum Theil defektem Kehlkopf in Behandlung bekommen. Von diesen Kranken litt die eine an Stenose des Larynx nach Perichondritis syphilitica mit Knorpelsequestrirung, die andere an ausgedehnter Narbenstenose des Kehlkopfes nach Typhus. Alle Versuche, die eingetretenen Stenosen zu beseitigen, hatten sich als vergeblich erwiesen; die beiden Frauen trugen seit 4, bez. seit 18 Jahren die Schornsteinkanüle. Bei den Kindern waren die Stenosen im Anschluss an die Laryngofissur und die Entfernung von multiplen Papillomen im 3. bis 4. Lebensjahre entstanden. Auch bei ihnen hatten sich alle angewandten Erweiterungversuche als vergeblich erwiesen. In allen diesen Fällen hat v. M. das gleiche Verfahren der *Knorpelübertragung* in Anwendung gezogen, und zwar in folgender Weise:

Aseptische Uebertragung eines nach Länge, Breite und Dicke geeigneten Stückes frischen Rippenknorpels (aus dem 8. Rippenknorpel) unter sorgfältigster Schonung und Erhaltung des Perichondrium zunächst in sagittaler Ebene unter die Halskinnhaut zwischen Haut und Unterhautfettgewebe und nach erfolgter Einheilung daselbst (8 Wochen) Weitereinpflanzung eines das Knorpelstück enthaltenden Hautbrückenlappens zwischen die nach Kehlkopfspaltung aus einander gedrängten beiden Schildknorpelplatten. Daselbst wird das Knorpelstück durch 4 Nähte oben am Zungenbein, unten am Ringknorpel zu beiden Seiten an die Schildknorpelplatten fixirt. Das Knorpelstück bleibt dabei vom Hautfett bedeckt, so dass die freie Fettschicht in das Innere des Kehlkopfes hineinsieht und ihre spätere Ueberhäutung durch Ueberwachsen von der benachbarten Kehlkopfschleimhaut aus erfolgen kann. 6 Wochen nach erfolgter Einheilung wird mit der künstlichen Erweiterung des nun erst wieder verengten Kehlkopfes begonnen.

Zur Anfangsdilatation benutzt v. M. dünne Gummiröhren.

Von der Trachealfistel aus wird eine mit Seidenfaden armirte gekrümmte Oehrsonde durch den Kehlkopf zum Munde herausgeleitet und an diesen Faden ein kurzes Gummirohr befestigt, dessen anderes Ende durch einen 2. Faden fixirt bleibt. Das Gummirohr wird nun durch Zug an beiden Fäden gespannt und so ausgezogen in die Strikturstelle eingeführt.

Die elastische Zugkraft des Gummi erweitert den Kehlkopf, und es ist bereits am Tage darauf möglich, das schwache durch ein stärkeres Gummirohr zu ersetzen. Die weitere Dilatation erfolgt dann durch Einführung *O. Dwyer*'scher Tuben in steigender Stärke, und es gelingt unschwer, den Kehlkopf in kurzer Zeit bis über die

normale Lichtung hinaus zu erweitern. Ist man erst so weit gelangt, so wird die in der Zwischenzeit noch daneben weiter getragene Trachealkanüle verkürzt, so dass sie nur eben noch bis in die Luftröhre hineinreicht, und an ihr vorbei ein tiefer in die Trachea hinabreichender Tubus eingelegt. Späterhin wird die Trachealkanüle ganz weggelassen. Die Intubationkanüle wird anfangs täglich, dann einen Tag um den anderen und so in immer grösseren Pausen für einige Stunden eingelegt, bis auch sie ganz zu entbehren ist. Immerhin dürfte es sich empfehlen, sie in dem ersten Jahre nach erreichter Dilatation noch alle 4—6—8 Wochen vorübergehend einzuführen, um den gewonnenen Erfolg zu sichern.

Die bisher erzielten Erfolge waren sehr befriedigend. Es muss weiteren Versuchen vorbehalten bleiben, die angegebene Methode zu verbessern und auf ihre Leistungfähigkeit hin zu prüfen. P. Wagner (Leipzig).

420. **Erfahrungen über Pleura- und Lungenchirurgie**; von Dr. H. Gross. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. 2. p. 237. 287. 1899.)

Die Arbeit gründet sich auf das reiche Material der Krause'schen chirurg. Abtheilung in Altona und umfasst einen Zeitraum von $6^1/_2$ Jahren.

I. Die Behandlung des chronischen Empyems.

G. schickt voraus, dass die Rippenresektion die einzig zulässige Behandlung des Empyems ist; die Bülau'sche Heberdrainage verwirft er vollkommen. Die Zahl der operirten *frischen Empyeme* betrug 44; davon waren 13 tuberkulös, 19 metapneumonisch, 12 idiopathisch. 11 Kr. starben; die übrigen wurden ohne Fistel geheilt.

Bei *veralteten Empyemen* wurde 7mal die *Thorakoplastik* vorgenommen. 1 Kr. starb unmittelbar nach der Operation an Shock, ein Phthisiker starb in der Reconvalescenz an tuberkulöser Meningitis, die übrigen 5 Kr. wurden geheilt entlassen. Bei ausgedehnten Pleuraschwielen ist allein die Thorakoplastik Schede's, die Exstirpation des Rippen-Pleuradaches angezeigt. Der Zug der aufgelagerten Brustmuskulatur ersetzt die fehlende Elasticität der Lunge. Für ganz schwere Fälle, in denen der Erfolg der Schede'schen Operation ausbleibt, oder von vornherein nicht zu erwarten ist, empfiehlt G. die *Thorakoplastik, verbunden mit der Entrindung der Lunge,* d. h. die Abschälung der Schwielen der Pleura pulmonalis mit dem Messer.

II. Die Verletzungen des Thorax.

1) *Die subcutanen Verletzungen.* Durchschnittlich gelangen im Altonaer Krankenhause jährlich 6—7 schwere Brustquetschungen zur Behandlung. Die Regel bildete hier die exspektative Behandlung, die sich bei diesen subcutanen Verletzungen der Brust, ebenso wie bei den penetrirenden Formen ausgezeichnet bewährt hat. G. theilt aus der grossen Zahl der subcutanen Verletzungen nur 2 Fälle mit, in denen beiden sich eine *traumatische Pneumonie* nach der Quetschung entwickelte. Der letzte Fall bot auch das typische Bild einer *Commotio thoracica.*

2) *Die penetrirenden Verletzungen:* 12 Schuss- und 3 Stichverletzungen. Sämmtliche Kranke genasen unter rein *conservativer Behandlung.* Nur in einem Falle von veralteter Stichverletzung, in dem sich bereits Pneumothorax entwickelt hatte, wurde der Wundkanal bis in die Pleurahöhle freigelegt und desinficirt. Von den 12 Schussverletzten wurden 5 mit reaktionlos eingeheilter Kugel entlassen; bei 7 Kr. lag sie dicht unter der Haut und wurde durch Einschnitt entfernt.

III. Operationen bei gesunder Pleura.

Die Geschichte der Pleuraoperation lehrt, den Schwerpunkt des Eingriffs in der Eröffnung der Brusthöhle zu suchen und dem Augenblicke die grösste Wichtigkeit zuzumessen, wo die Einwirkung des äusseren Luftdruckes sich auf die lebenswichtigsten Organe geltend macht. Für die Operation des Pneumothorax empfiehlt G. besonders das Vorziehen der Lunge und das Annähen derselben, sowie die Tamponade im Brustraume. G. sieht die Wirkung der Pneumopexie in der Wiederherstellung der Athmung und in der Abhaltung des äusseren Luftdruckes und seiner ungünstigen Einwirkung auf die Cirkulation im Brustraume.

Eine Zusammenstellung der operirten Empyeme ergab, dass das rechtseitige Empyem ganz erheblich rascher ausheilt als das linke (33.6 : 69 Tagen). Aehnliches haben auch andere Aerzte gefunden. Die Ursachen müssen jedenfalls in anatomischen Verhältnissen gegeben sein, die eine leichtere Entfaltung der rechten Lunge bedingen.

IV. Aseptische Lungenoperationen.

2 Fälle von recidivirendem Mammacarcinom, das auf die knöcherne Brustwand übergegriffen und zu Adhäsionen beider Pleurablätter geführt hatte. In beiden Fällen mussten beide Pleuren in weitem Umkreise resecirt und ein Stück der anliegenden Lunge fortgenommen werden.

V. Die Behandlung eiteriger Lungenerkrankungen (Pneumotomie).

1) *Peripherische Abscesse und gangränöse Processe der Lunge:* 4 Fälle.

2) *Chronische centrale Processe:* 5 Fälle. Von diesen 9 Operirten genasen 5.

„An und für sich ist die *Pneumotomie* keine eingreifende Operation; sie wird es erst, wenn das schwere Leiden nur einen Rest von Lebensenergie übrig gelassen hat. Wir glauben der Sache der Pneumotomie den besten Dienst zu erweisen, wenn wir hervorheben, dass nach unseren Erfahrungen die Operation an sich ungefährlich und technisch durchaus keine grossen Anforderungen stellt.“ In technischer Hinsicht empfiehlt G. das Operiren mit der Scheere, die hervorragend geeignet ist, um den Weg in die Lunge zu bahnen, da sie zugleich schneidet und klemmt; den Thermokauter benutzt Krause schon längere Zeit nicht mehr, da er das Gewebe verkohlt und unkenntlich macht. Für die Blutstillung genügt meist die Compression, besonders bei der mehr flächenhaften Blutung der Lungenoberfläche; spritzende Gefässe in der Tiefe

des Organs werden mit dem Schieber gefasst. Um die Gefässe an der Retraktion zu hindern, empfiehlt es sich, vor der Durchschneidung einer Lungenpartie das Gewebe in nächster Umgebung mit Schiebern festzuhalten und damit an jedem Zurückschlüpfen in die Tiefe zu verhindern. Bei peripherischen Abscessen ist die ganze deckende Partie abzutragen, bei centralen Herden soll man womöglich einen für 2—3 Finger durchgängigen Kanal herstellen.

3) *Der Echinococcus im Brustraume.* 4 Operationen bei Echinococcus des Brustraumes; in allen 4 Fällen wurde Heilung erzielt. Bei 2 Kr. sass der Echinococcus in der Lunge, jedoch war nur einmal ein direktes Arbeiten in der Lunge, eine Pneumotomie, erforderlich. Bei einem 3. Kr. handelte es sich um einen Leberechinococcus, der das Zwerchfell perforirt und den rechten Unterlappen ergriffen hatte. Der 4. Kr. endlich hatte einen in den Pleuraraum durchgebrochenen Echinococcus des rechten Leberlappens; er wurde als Empyem diagnosticirt und als solches operirt.

P. Wagner (Leipzig).

421. **Eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Blosslegung des Herzens**; von Dr. V. Wehr. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 948. 1899.)

W. hat an der Leiche eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Blosslegung des Herzens ausprobirt, deren Einzelheiten in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen sind. Für das Wesentliche seiner Methode hält W. die Ausnutzung des unteren Mediastinalraumes zur Freilegung des Herzens, was durch die Abtrennung des Proc. xiphoid. ohne Verletzung des Diaphragma leicht ausführbar ist, ferner die schiefe Durchschneidung der Rippenknorpel, wodurch die Pleura am sichersten geschont wird. Die Vortheile seiner Methode findet W. in der Verlegung der Perikardialwunde möglichst nach unten, wodurch kein todter Raum im Perikardium entsteht, und zweitens darin, dass sich der zurückgeschlagene Lappen gut anpasst. P. Wagner (Leipzig).

422. **Ueber Herznaht und Herzwandresektion**; von Dr. V. Wehr. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 953. 1899.)

W. hat an einer Reihe von Hunden und Kaninchen eine Anzahl von Versuchen vorgenommen, um aus eigener Erfahrung die technischen Schwierigkeiten der Herznaht kennen zu lernen und um die operative Technik möglichst zu vervollkommnen und in allen Einzelheiten sicher zu stellen.

Auf Grund seiner Versuche ist er zu folgenden Schlüssen gekommen: 1) Um sicher und rasch eine Herzwunde zu nähen und der Blutung Herr zu werden, muss unbedingt das Herz möglichst breit freigelegt werden. Erst bei Ausführung seiner Experimente hat sich W. überzeugt, wie schwer bei ungenügender Freilegung des Herzens die Herznaht anzulegen ist, und man kann Rehn nur gratuliren, dass es ihm gelungen ist, durch die verhältnissmässig kleine Wunde in der Brustwandung die Herznaht zu vollführen. 2) Wir bedürfen durchaus einer sicheren und wohlausgebildeten Methode, um in jedem Falle von Herzverletzung das Herz breit freizulegen, die freilich in Einzelheiten je nach der Lage der Verletzung modificirt werden kann. 3) Die Compression des Herzens, um blutlos zu operiren, ist bei Hunden nicht anwendbar, weil lebensgefährlich. Deswegen ist auch grosse Vorsicht in dieser Beziehung beim Menschen geboten. P. Wagner (Leipzig).

423. **Ein Fall von multiloculärem Echinococcus**; von Dr. Brentano und Prof. Benda. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 206. 1899.)

Vff. theilen aus der chirurg. Abtheilung von Körte einen Fall von *multiloculärem Echinococcus* bei einem 61jähr. Kranken mit. *Heilung* durch *Exstirpation.* Die 3mannsfaustgrosse Geschwulst hatte sich in der Crista oss. ilei d. entwickelt. Im weiteren Verlaufe hatte sich der Parasit nicht in der Spongiosa des Knochens ausgebreitet und zu ansehnlichen Auftreibungen und Zerstörungen der Darmbeinschaufel wie in den sonst beobachteten Fällen geführt, sondern hatte die Corticalis bald durchbrochen und sich in den Weichtheilen weiter entwickelt. Der Echinococcus hatte dabei seinen multiloculären Charakter beibehalten und zur Bildung eines grossen knorpelharten Tumor mit centralem Zerfalle geführt.

Die genaue pathologisch-anatomische Beschreibung des Präparates rührt von Benda her.

P. Wagner (Leipzig).

424. **Ueber neuere Operationsmethoden des Echinococcus**; von Prof. Garrè. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 227. 1899.)

Bobrow hat vor einigen Jahren eine Methode der Echinokokkenbehandlung angegeben, die darin besteht, dass man den vom Parasiten befreiten Sack austupft, durch fortlaufende Naht schliesst und in die Bauchhöhle versenkt. Bei peinlich aseptischem Vorgehen kann ohne jedwede Störung reaktionlose Verheilung des zugenähten leeren Sackes zu Stande kommen, trotz todten Raumes, trotz Gallensekretion und trotz des mit eingeschlossenen abgestorbenen Gewebes. Die Bobrow'sche Operation ist nur für die intraparenchymatös (in Leber, Niere, Milz, Pankreas) gelegenen Parasiten geeignet, deren bindegewebige Umhüllung nicht ohne grosse Blutung zu entfernen ist und bei denen nach Entleerung der Hydatide im Parenchym des betr. Organs eine klaffende Höhle zurückbleibt.

G. hat in der letzten Zeit 3 nicht vereiterte Leberechinokokken nach der Methode von Bobrow operirt und gefunden, dass selbst sehr grosse Echinokokkenhöhlen bei aseptischer Ausräumung primär verheilen können, und zwar innerhalb 4—5 Wochen. Allerdings ist es denkbar, dass Recidive im vernähten Echinococcussacke aus zurückgebliebenen Keimen entstehen.

Eine weitere Methode, die Abtödtung des Echinococcus durch *Punktion mit nachfolgender Sublimatinjektion*, die sog. Bacelli'sche Methode, findet bei Langenbuch warme Befürwortung; er meint, dass diese Methode eventuell den grössten Theil der Operationen bei Echinococcus unnöthig machen würde. Er stellt aus der Literatur 16 Fälle zusammen, von denen in 14 ein voller Erfolg erzielt wurde. Obwohl G. in der Lage ist, einen weiteren günstigen Fall hier hinzuzufügen, theilt er den Enthusiasmus Langenbuch's bezüglich der Zukunft dieser Methode doch nicht. Denn die Punktion des Echinococcus an und für sich schliesst schon so viele Gefahren in sich, dass einer Verallgemeinerung der Methode keinesfalls das Wort geredet werden darf. Ausgeschlossen ist jede Gefahr nur da, wo ein völliger Abschluss gegen das Peritonaeum durch Verwachsungen gegeben ist.

P. Wagner (Leipzig).

425. **Ueber die Keimzersetzung des Echinococcus im Peritonaeum.** *Klinische und experimentelle Untersuchungen*; von Dr. H. Riemann. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 187. 1899.)

Die Ruptur des Leberechinococcus in die Peritonäalhöhle, mag sie spontan oder durch ein Trauma, bez. einen chirurgischen Eingriff (Punktion) entstanden sein, ist in dem mannigfaltigen, oft sehr complicirten Bilde der Echinokokkenerkrankung von je her als ein sehr ernstes Ereigniss angesehen worden wegen der häufig sich anschliessenden schweren Krankheiterscheinungen. Grundsätzlich sind dabei auseinander zu halten: die Einwirkung des flüssigen Cysteninhaltes und die Folgen, die die direkte Aussaat des organisirten lebenden Cysteninhaltes — der Scolices, Brutkapseln mit Scolices und Tochterblasen — in die Peritonäalhöhle haben kann.

Die Einwirkung des rein flüssigen Echinokokkeninhaltes auf die Peritonäalhöhle muss als ein Ereigniss von höchst zweifelhafter prognostischer Bedeutung für den Kranken angesehen werden.

Die sog. *Keimzerstreuungsgefahr* ist durchaus noch nicht allseitig anerkannt. Es handelt sich hierbei um die Frage, ob die bei der Ruptur der Primärcyste in die Peritonäalhöhle gelangten lebenden Scolices daselbst anwachsen, lebenskräftig bleiben und als Aeusserung ihrer Lebensthätigkeit an Grösse zunehmen und sich in der ihrer Art eigenthümlichen Weise vermehren können.

Zu den schon in der Literatur niedergelegten klinischen Fällen von Echinokokkenaussaat im Peritonaeum durch Punktion oder durch Ruptur, fügt R. 4 Beobachtungen aus der Rostocker chirurgischen Klinik. In einem Falle, der lethal endete, konnte auch pathologisch-anatomisch genau untersucht werden. Durch *experimentelle Untersuchungen* konnte R. feststellen, dass Tochterblasen des Echinococcus, die in die freie Bauchhöhle gelangen, hier nicht nur am Leben bleiben, sondern auch an Volumen zunehmen und sogar im Stande sind, Brutkapseln zu bilden und schliesslich auch Enkelblasen zu erzeugen.

Diese Versuche bestätigen somit die positiven Resultate von Lebedeff und Andrejew.

P. Wagner (Leipzig).

426. **Ueber erfolgreiche intraperitonäale Verimpfung von Echinokokken auf Thiere**; von Prof. Garrè. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 393. 1899.)

G. hat vor mehreren Jahren durch seinen Assistenten Riemann Versuche über *intraperitonäale Verimpfung von Echinokokken auf Thiere* anstellen lassen, die ergaben, dass Echinokokken aus der menschlichen Leber, in das Peritonaeum des Kaninchens übertragen, hier sich ansiedeln können und ungestört weiter wachsen. Wie viel leichter werden dann Hydatidentochterblasen, die durch Ruptur eines Leberechinococcus in's freie Peritonaeum beim Menschen gelangen, hier die Bedingungen zur Weiterentwickelung finden, da ja kein Wechsel des Wirthes, keine Abkühlung und keine sonstigen Schädlichkeiten bei solcher Ortsveränderung auf sie einwirken. *Diese Thatsachen dürften auf's Neue eine Warnung vor der leider immer noch zu oft gemachten Probepunktion intraperitonäaler Echinokokken sein.*

P. Wagner (Leipzig).

427. **Beitrag zur Lehre der angeborenen Skoliosen**; von Hirschberger. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Mittheilung von 2 interessanten Präparaten. Das eine zeigt ausgebildete Skoliose bei gleichzeitig bestehender Hüftluxation. Ursache war hier wohl eine fehlerhafte intrauterine Belastung, Raumbeengung. Das 2. Präparat weist eine Skoliose auf in Folge unregelmässiger Verschmelzung von Lendenwirbeln durch intrauterin ausgeheilte Entzündung.

Als Anhang wird eine Zusammenstellung aller hierhergehörenden Fälle aus der Literatur gegeben.

Vulpius (Heidelberg).

428. **Die Gymnastik in der Behandlung der Skoliose**; von Haudek. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Der Widerstandsgymnastik gebührt ein breiter Raum in der Skoliosentherapie. Zu diesem Zweck hat H. einen dem *Krukenberg*'schen Pendelapparate nachgebildeten Apparat construirt, der sich ihm gut bewährt hat. Vulpius (Heidelberg).

429. **The class method of gymnastic treatment of lateral curvature of the spine**; by Walter Truslow. (Med. News LXXV. 9. p. 262. Aug. 1899.)

Tr. leitet im New York Hospital for Ruptured and Crippled die Skoliosenbehandlung.

Sie besteht in der Abhaltung von Turnstunden an 3 Nachmittagen der Woche. Die Skoliotischen turnen jeweils in 3 Gruppen von 15—25 Kindern, haben also im Ganzen etwa 3 Turnstunden die Woche.

Es wird nur schwedische Heilgymnastik ohne Benutzung von Apparaten getrieben. Nur einzelne Patienten werden individuell behandelt. Dass hierdurch nennenswerthe Erfolge erzielt wurden, scheint mehr als zweifelhaft.

Vulpius (Heidelberg).

430. **Zur Behandlung der Spondylitis**; von J. Perl. (Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 3 u. 4. p. 228. 1899.)

P. giebt die Erfahrungen und Anschauungen wieder, die Karewski an ca. 600 Kranken gesammelt hat. Er bespricht die 3 Aufgaben: Hebung des Allgemeinbefindens, Beseitigung der Entzündung, Verhütung des Gibbus. Er empfiehlt den universellen „Gipsanzug" Karewski's, den er dem Gipsbette vorzieht. Er ist skeptisch gegenüber dem Calot'schen Redressement. Bei Abscessen räth er zunächst zur Punktion, dann zur Incision mit Injektion und völligem Nahtverschlusse, falls nicht eine Mischinfektion offene Behandlung erfordert. Bei Lähmung hat er zur continuirlichen Extension Vertrauen. Vulpius (Heidelberg).

431. **Redressionscorsett zur Behandlung der Skoliose**; von Dreesmann. (Münch. med. Wchnschr. XLVI. 4. 1899.)

Dr. zerlegt ein auf Modell gewalktes Cellulosemieder in eine untere und in eine obere Hälfte. Mittels eines an letzterer angebrachten Gummizuges sucht er eine Detorsion der Brustwirbelsäule zu erzeugen. Vulpius (Heidelberg).

432. **Offener Brief an Herrn Zander-Stockholm**; von Jagerink. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Wirklich offen ist das Urtheil über Zander's Skoliosenmessapparat oder richtiger dessen Verurtheilung. Damit fallen auch die angeblichen Heilungen der Skoliosen durch die Zander'sche Therapie als Phantasiegebilde zusammen, insoweit sie aus den ganz unzuverlässigen Messbildern erschlossen worden sind. Vulpius (Heidelberg).

433. **The correction of spinal deformity by stages**; by V. P. Gibney. (Med. News LXXIII. 13. p. 361. Sept. 1898.)

G. empfiehlt das Redressement des Gibbus in Etappen unter Narkose.

Der Gipsverband wird ohne Wattepolsterung angelegt, vorstehende Knochen werden mit Klavierfilz gedeckt, wodurch Decubitus verhütet wird. Endresultate bringt G. nicht. Aehnliche Versuche bei Skoliosen waren nicht gerade sehr ermuthigend, die Behandlung ist auch hier noch nicht abgeschlossen. Vulpius (Heidelberg).

434. **Forcible straightening of spinal curvatures**; by John Ridlon. (Med. News LXXIII. 16. p. 484. Oct. 1898.)

R. stellt eine Reihe von Fragen zur Diskussion sowohl bezüglich der Technik, als der Gefahren und des Dauererfolges des gewaltsamen Redressement spinaler Deformitäten.

Bei Spondylitis hat er Schädigungen nicht erlebt, aber bisher auch noch keinen Fall gesehen, mit knöcherner Ausheilung.

Bei Skoliosen hat er wohl Augenblicksresultate erzielt, diese aber regelmässig im Verbande wieder verloren. Vulpius (Heidelberg).

435. **Zwei Unfälle nach modellirendem Redressement**; von Hermann Kaposi. (Münchener med. Wchnschr. XLVI. 23. 1899.)

1) Nach dem Redressement des Plattfusses entstand eine sehr schwere Osteomyelitis des Os cuboideum mit höchst bedenklichen Allgemeinerscheinungen, so dass die Amputation erwogen wurde. Der Plattfuss wurde viel schlimmer als vor dem Eingriffe, da das ganze Würfelbein nekrotisch wurde.

2) Nach dem Redressement eines leichten paralytischen Klumpfusses traten Parästhesien im Bereiche des Nerv. plant. intern. auf, die so störend waren, dass die Kranke schwer nervös, schlaflos wurde. Der Zustand dauerte ein halbes Jahr.

Beide in der Czerny'schen Klinik passirten Unfälle zeigen, dass auch unblutige orthopädische Eingriffe unter Umständen nicht als ganz ungefährlich zu erachten sind.

Vulpius (Heidelberg).

436. **On the immediate reduction of the angular deformity of spinal caries**; by Jones and Tubby. (Lancet Aug. 7. 1897.)

J. und T. haben das Calot'sche Verfahren 11mal ausgeübt unter Anwendung eines Extensionapparates. Es wurden keine nachtheiligen Folgen gesehen.

Durchweg wurde der Gibbus beseitigt oder erheblich vermindert. Natürlich keine Dauerresultate! Vulpius (Heidelberg).

437. **The immediate correction of the deformities resulting from Pott's disease**; by Joel E. Goldthwait. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIX. 4. p. 77. July 1898.)

G. hat das Calot'sche Verfahren modificirt. Er lagert den Kranken auf einen mit Gurten bespannten Rahmen in Rückenlage und bringt unter dem Gibbus eine Pellotte an. Die Körperschwere besorgt dann supra- und infragibbär die Lordosirung der Wirbelsäule. In dieser Stellung wird auch das Gipscorsett angelegt. G. hat eine ziemliche Anzahl von Gibbositäten in dieser Weise erfolgreich in Angriff genommen.

Vulpius (Heidelberg).

438. **Zur Statistik der Spondylitis**; von Oscar Vulpius. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 2. p. 268. 1899.) Autorreferat.

Die Arbeit sucht durch Zusammenstellung einer möglichst grossen Literatur eine Reihe von Fragen zu beantworten über Häufigkeit, über Lokalisation der Spondylitis, über Alter und Geschlecht der Kranken, über hereditäre Belastung, über Combination mit anderen tuberkulösen Affektionen, ferner über die Häufigkeit von Complikationen, Abscess und Lähmung, schliesslich über die Mortalität. Gerade die letztere ist noch keineswegs sichergestellt, so dass wir über den Heileffekt verschiedener therapeutischer Methoden noch kein begründetes Urtheil haben können.

439. **Die moderne Behandlung der Spondylitis**; von Vulpius. (Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 1899.) Autorreferat.

Die therapeutischen Ergebnisse der letzten 10 Jahre auf dem Gebiete der Spondylitis werden zusammengestellt: 1) Der *Allgemeinbehandlung* der Kranken (Luft, Licht, Diät u. s. w.) ist mehr Aufmerksamkeit geschenkt worden. Die Schmierseifenkur ist neu empfohlen worden. 2) Die *lokale Therapie* ist namentlich mit *mechanischen Mitteln* gefördert worden. Unter den Lagerungvorrichtungen hat sich das Gipsbett steigende Anerkennung verschafft. Die *chirurgisch-operative* Behandlung hat im Ganzen wenig Erfreuliches geleistet. 3) Die *Behandlung des Gibbus* ist eine weit energischere, ja zu energische geworden. Auch hier kamen unblutige und blutige Methoden zur Verwendung. Eine gewisse Frucht haben diese Anstrengungen gezeitigt, wenn auch Missgriffe und Enttäuschungen vorkamen. 4) Die *Behandlung des Abscesses* ist öfters chirurgisch geworden, und zwar bei richtiger Indikationstellung mit gutem Erfolge. 5) Die *Therapie der Lähmung* schwankte zwischen unblutigem und operativem Vorgehen. Ersteres hat bisher im Ganzen bessere Erfolge zu verzeichnen.

440. **Die Behandlung der Spondylitis im Gipsbett**; von Oscar Vulpius. (Therap. Monatsh. XIII. 2. p. 65. 1899.) Autorreferat.

V. fügt den spärlichen Mittheilungen, die bisher in der Literatur über das Gipsbett sich finden, seine Erfahrungen an 96 Kranken seiner Praxis hinzu, deren Schicksal er festzustellen versucht hat.

Es werden zunächst die Vorzüge des Gipsbettes beschrieben, das Fixation, Entlastung, Extension der kranken Wirbel gestattet, ohne den Kranken in das Zimmer zu fesseln. Dann wird die Technik eingehend geschildert. Was die Erfolge betrifft, so wirkte das Gipsbett vor Allem sehr prompt schmerzstillend, so dass die Mehrzahl der Patienten gerne im Gipsbette lag. Von 84 controlirbaren Kranken sind 19 gestorben, davon 11 an der Spondylitis, 5 an anderweitigen tuberkulösen Affektionen. In Wirklichkeit ist die Mortalität grösser, da die älteren Jahrgänge weit höhere Verlustziffern (34%) aufweisen, als die Spondylitiden der letzten 2 Jahre (15%).

Bezüglich der definitiven *Heilung* muss man also mit Zahlen recht vorsichtig umgehen, es fanden sich in der Serie 41 Geheilte, von denen 26 über 2 Jahre gesund sind. Eine 53 Jahre alte Frau ist seit 5 Jahren geheilt! *Abscesse* traten 24mal in klinische Erscheinung, einige bildeten sich im Gipsbette zurück, andere wurden incidirt, mit Jodoform gefüllt und vernäht. 7mal gingen Rückenmarkserscheinungen im Gipsbette zurück.

Zur Nachbehandlung wird möglichst lange ein Stützcorsett getragen.

441. **Traumatic dislocation of the hip in children**; by Sherman. (Philad. med. Journ. Aug. 20. 1898.)

Sh. berichtet über 2 Fälle von frischer traumatischer Luxation des Hüftgelenks bei Kindern von 3, bez. 12 Jahren. Die Reposition gelang leicht in Narkose. Er fügt 2 weitere Beobachtungen von veralteten Luxationen bei $4^1/_2$, bez. 9 Jahre alten Patienten hinzu, die blutig reponirt werden mussten. Diese Fälle sind wohl zu unterscheiden von den sogen. entzündlichen Luxationen, von denen Sh. ebenfalls ein Beispiel aus seiner Praxis anführt. Die Reposition gelang zwar, kehrte aber später unter erneuten entzündlichen Erscheinungen wieder.

Vulpius (Heidelberg).

442. **Questions in the treatment of congenital dislocations of the hip**; by Sherman. (Journ. of the Amer. med. Assoc. Aug. 27. 1898.)

Es ist gewiss sehr dankenswerth, dass Sh. über Misserfolge und Schwierigkeiten berichtet, die sich ihm bei der blutigen und unblutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung ergeben haben. Er will dadurch keineswegs diese Methoden diskreditiren, betont vielmehr, dass er meist Besserung erzielt hat und die therapeutischen Neuerungen für sehr erfreulich hält.

Bei der *blutigen* Reposition fiel es ihm anfangs schwer, die Pfanne zu finden. Später ging er in den eröffneten Kapselschlauch mit dem Finger ein und verfolgte diesen, bis er in die Pfannentasche gelangte.

Einmal beobachtete er, dass nach Abnahme des Gipsverbandes das Gelenk versteift war, allmählich aber ohne Behandlung gut beweglich wurde. 3mal aber und 1mal doppeltseitig trat das Gegentheil ein, nämlich völlige Ankylose. Es ist schwer zu sagen, ob die mobilisirende Nachbehandlung nicht durch stete Reizung das Eintreten der Versteifung manchmal begünstigt, doch führt Sh. jetzt stets eine solche durch. 2mal hat er nachträglich in Narkose Verwachsungen des Kopfes lösen müssen. 1mal erlebte er beiderseits Reluxation, vielleicht hatte er die Pfannen nicht genügend gross gebildet. 1mal endlich konnte er den Kopf überhaupt nicht

in die Pfanne bringen, er machte an Ort und Stelle eine neue Höhlung, perforirte das Becken, bekam eine Eiterung und Versteifung.

Das Haupthinderniss für die *unblutige* Reposition giebt die in die Länge gezogene und über die Pfanne gelagerte Kapsel. Sie legt sich, wenn der Kopf nicht durch die enge Passage des Kapselschlauches sich durchzwängt, in doppelter Falte zwischen Kopf und Pfannenknorpel und verhindert die feste Einstellung des ersteren. Unter 10 Fällen gelang zunächst die Reposition offenbar 9mal. 1mal wurde bei doppeltseitig bestehender Luxation (7jähr. Mädchen) auf einer Seite die Reposition gemacht, auf der anderen misslang sie. Ein anderes Mal wollte Sh. den Erfolg controliren, er incidirte nachträglich, fand mit dem palpirenden Finger den Kopf in guter Stellung, erzielte aber eine Eiterung und Versteifung. 2mal trat Reluxation ein, ein definitives Resultat ergab sich erst durch Wiederholung des Verfahrens. Ein anderes Mal schwoll das ganze Bein nach Abnahme des Gipsverbandes heftig an, es entstand erhebliche Versteifung des Hüftgelenkes. 1mal mussten nachträglich der Tensor fasciae und der Rectus femoris tenotomirt werden.

In einem Falle von doppeltseitiger Luxation gelang die unblutige Einrenkung nicht, weil die verdickte und gefaltete Kapsel die Pfanne ausfüllte.

Es wurde letztere operativ freigelegt, der Kopf eingepflanzt, aber am Knochen keine Wunde gesetzt. Dadurch erhofft Sh. ein besonders günstiges Resultat. Vulpius (Heidelberg).

443. **Die moderne Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen**; von Albert Hoffa. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 543. 1899.)

H. hat die verschiedenen unblutigen Verfahren durchprobirt und berichtet über ihre Dauerresultate.

Die Methode von Lorenz führt stets zur Reposition, die Retention aber gelingt nur sehr selten. Meist findet man später eine Transposition unter oder neben die Spina. Trotzdem sind die funktionellen Ergebnisse gute.

Die Schede'sche Extensionreposition hat H. nur bei älteren Patienten angewendet und von vornherein sich mit der Transposition des Kopfes nach vorn begnügt. Denn hier sind Kopf und Pfanne so incongruent, dass ersterer kein sicheres Lager finden kann.

Die Lagerungsmethode von Mikulicz hat H. mit Innenrotation combinirt bei Kindern in den allerersten Lebensjahren durchgeführt mit gutem funktionellen, weniger gutem anatomischen Resultate.

Es ergiebt sich also als häufigster Befund die *Transposition des Kopfes bei relativ günstiger Funktion.* Diese Reluxation nach vorn, bez. oben wird nach H. begünstigt einmal durch das Vorhandensein eines starken Ligamentum teres, dann aber auch durch die Fixation in Aussenrotation, die den Kopf von der Pfanne wegwendet. H. ist deshalb dazu übergegangen, nach gelungener Reposition in mittlerer Einwärtsrotation mittels exakten Gipsverbandes zu fixiren, und glaubt, seitdem schon eine Besserung seiner Resultate beobachtet zu haben. Tritt trotzdem Reluxation ein, so empfiehlt H. für jüngere Kinder immer noch die blutige Operation. Bei älteren Patienten erzeugt letztere öfter Ankylosen, so dass hier die subtrochantere Osteotomie oder die Pseudarthrosenoperation vorzuziehen ist. Vulpius (Heidelberg).

444. **Ueber die unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung**; von Wolff. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 18. 19. 21. 1898.)

Zunächst giebt W. eine Statistik seiner Hüftgelenksluxationen. Bei 89 Kranken mit 125 verrenkten Gelenken (36 doppeltseitige, 53 einseitige Luxationen) wurde die Lorenz'sche unblutige Reposition an 104 Gelenken vorgenommen. Einmal wurde bei einer 22jähr. Kranken die Paci'sche Reposition gemacht.

Bei 82 Kr., bez. 97 Gelenken gelang die unblutige Einrenkung, während sie bei 6 Kr., bez. 7 Gelenken bisher trotz wiederholter Versuche nicht glückte. Bei 64 Kr., bez. 77 Gelenken gelang die Reposition schon beim ersten Versuche. Die jüngste der Kranken war $1^1/_2$, die älteste $15^3/_4$ Jahre alt. Bei 18 Pat., bez. 20 Gelenken erfolgte die Einrenkung erst bei dem 2., 3. oder 4., jedesmal mehr als 1 Stunde dauernden Versuche.

Bei 39 Kr., bez. bei 46 Gelenken ist Reluxation eingetreten. Jedoch ist in 21 dieser Fälle, bez. bei 22 Gelenken eine wiederholte Einrenkung erfolgreich geblieben.

Der Enderfolg war bei 12 einseitigen und einer doppeltseitigen Verrenkung ein durchaus idealer, und zwar in anatomischer wie funktioneller Hinsicht. Bei 2 einseitigen und 3 doppeltseitigen Verrenkungen ist der Erfolg ein nahezu idealer. 9mal traten üble Nebenzufälle ein, 2mal Lähmungen, 5mal Frakturen, 2mal Hämatomvereiterungen.

Es folgen dann Röntgenaufnahmen von einigen Kranken vor Beginn und nach Abschluss der Behandlung. Bezüglich ihrer Deutung wird W. gewiss auf vielfachen Widerspruch stossen, wenn auch die Wichtigkeit der Röntgenbilder für die Beurtheilung unserer Erfolge überall anerkannt ist.

Jedenfalls erscheinen aber die W.'schen Resultate als auffallend günstig, so dass nur zu wünschen ist, dass sie der Kritik dauernd Stand halten. Vulpius (Heidelberg).

445. **Operative Behandlung der angeborenen Hüftluxation älterer Patienten**; von Emil Senger. (Virchow's Arch. CLIV. 2. p. 263. 1898.)

Die unzuverlässige Schraubenextension des Beines ist gefährlich, sie kann, von Zerreissungen abgesehen, höchst bedenklichen Collaps erzeugen. Aeltere Kranke sind schon darum von der Reposition auszuschliessen. S. empfiehlt für solche

Fälle ein der Hoffa'schen Pseudarthrosenoperation sehr ähnliches Verfahren. Die Berechtigung zur Resektion des Kopfes leitet er ab von dessen Atrophie, in der S. eine Heilbestrebung der Natur erblickt [? Ref.].

Dann resecirt er ein Stück der hinteren Kapselwand, schiebt das Periost des Darmbeines etwas zur Seite. Eventuell kann man hier auch eine Art Pfanne ausbohren oder einen Periostknochenlappen nach aussen umlegen.

2mal hat er in dieser Weise operirt.

Vulpius (Heidelberg).

446. **Some salient points in the treatment of hip disease**; by B. E. Mc Kenzi. (Med. News LXXV. 6. p. 164. Aug. 1899.)

Mc K. vertritt die conservative orthopädische Therapie der Coxitis. Sind operative Eingriffe nöthig, so sollen die Gelenkconstituentien möglichst geschont werden. Der Schienenapparat soll nach Mc K. nur fixiren nnd Deformirung verhüten, aber nicht als entlastende Krücke dienen. Dagegen sollen gewöhnliche Krücken gebraucht werden.

Vor Allem betont Mc K., dass die Coxitis der Ausdruck einer allgemeinen Krankheit ist, dass also Kräftigung des Gesammtorganismus die Hauptsache ist.

Vulpius (Heidelberg).

447. **Zur Anatomie und Aetiologie der Coxa vara adolescentium**; von P. Sudeck. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 504. 1899.)

An einem Präparate von Coxa vara hat S. ein Bälkchensystem festgestellt, das, von hinten unten nach oben vorn verlaufend, den Oberschenkelhals gegen Verbiegung nach unten und hinten schützt. Diese Einrichtung erhält gegen Ende des Wachsthums vermehrte Festigkeit. Eine frühzeitige zu schwere Belastung dieses Systems kann zur Coxa vara führen.

Vulpius (Heidelberg).

448. **Ueber einen operirten und einen nicht operirten Fall von Coxa vara traumatica**; von Prof. Sprengel. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 937. 1899.)

Sp. hat bisher 3 Kr. mit *Coxa vara* gesehen; 2 davon hat er mittels Resektion oberhalb des Trochanters operirt. Er konnte in diesen beiden Fällen, in denen es sich um Veränderungen in der Gegend der Kopfepiphyse handelte, zeigen, dass das typische klinische und anatomische Bild der Coxa vara nicht blos durch *statische Veränderungen*, sondern auch *traumatisch* zu Stande kommt, durch traumatische Lösung der Kopfepiphyse des Femur und Wiedervereinigung mit dem Schenkelhalse an abnormer Stelle.

Auf Grund einer ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte ohne Operation begründet Sp. die auf *Coxa vara traumatica* gestellte *Diagnose*.

I. Es spricht für Coxa vara im Allgemeinen: 1) der Umstand, dass es sich um ein männliches Individuum am Ende der Wachsthumsperiode handelt; 2) das Vorhandensein der klassischen Coxa-vara-Symptome: Hochstand des Trochanter, Aussenrotation, Adduktion.

II. Es spricht für Coxa vara im engeren, Kocher'schen Sinne: 1) die Stärke der Contraktur, die um so stärker sein muss, je näher die Veränderung dem Gelenke liegt; 2) das im Röntgenbild deutlich erkennbare pilzartige Ueberragen des unteren Kopfrandes; 3) das normale Verhalten des Schenkelhalswinkels.

III. Es spricht für Coxa vara traumatica: 1) der Nachweis des Trauma; 2) die absolute klinische Uebereinstimmung mit den früher beobachteten und anatomisch untersuchten Fällen.

Der springende Punkt für die definitive Entscheidung ist das Trauma. In den Fällen, in denen ein solches in der Anamnese nicht deutlich hervortritt, sprechen folgende Momente für die traumatische Entstehung: 1) das plötzliche Auftreten der Krankheit; 2) das Bestehen heftiger, bald verschwindender Schmerzen zu Anfang; 3) die Einseitigkeit der Erkrankung; 4) das Fehlen sonstiger Belastungdeformitäten.

An dem zweiten, durch Beckenwandschnitt oberhalb des Trochanters resecirten Kranken demonstrirt Sp. das gewonnene Resultat. Es ist orthopädisch vollkommen, da das Hüftgelenk in abducirter Stellung, fest und mässig beweglich ist; funktionell lässt es bisher noch zu wünschen übrig, da Pat. beim Gehen ohne Stock nicht unerheblich einknickt. Weitere Besserung dürfte nicht ausgeschlossen sein.

P. Wagner (Leipzig).

449. **Ueber die akute Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes**; von Prof. v. Bruns und Dr. Honsell. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 41. 1899.)

Durch eine genaue Sichtung des grossen Materiales der Tübinger Klinik konnte festgestellt werden, *dass die grosse Mehrzahl sämmtlicher akuten und subakuten Coxitisfälle, namentlich des Kindes- und Jünglingsalters, osteomyelitischen Ursprunges ist.* Die Zahl der dieser Arbeit zu Grunde gelegten Fälle von *Hüftosteomyelitis* aus der Tübinger Klinik beträgt 106. Diesen innerhalb 40 Jahren beobachteten Fällen stehen etwa 500 Osteomyelitiden des unteren Femurendes gegenüber.

Die *Aetiologie* der Hüftosteomyelitis deckt sich mit der anderweitiger osteomyelitischer Lokalisationen in allen wesentlichen Punkten. Wo bakteriologische Untersuchungen ausgeführt worden sind, wurde der Staphylococcus pyog. aureus gefunden.

Pathologisch-anatomisch kann die osteomyelitische Coxitis ihren Ausgang sowohl vom Femur, wie von der Hüftpfanne nehmen. Was zunächst den *Ausgang vom Femur* anlangt, so scheint eine rein epiphysäre Lokalisation im engeren Sinne am seltensten vorzukommen. Häufiger findet man ausschliesslich das obere Diaphysenende, den Schenkel-

hals mit oder ohne Trochanterpartie erkrankt, meist aber werden Diaphyse und Epiphyse gleichzeitig ergriffen und endlich kommen auch Fälle vor, in denen ausserdem der Femurschaft ganz oder theilweise an der Erkrankung theilnimmt. Im Hinblicke auf die Entwickelungsgeschichte kann die Erkrankung des ganzen oberen Femurtheiles bis zur Höhe des Trochanter minor als epiphysäre im Weiteren bezeichnet werden. Das Charakteristische der epiphysären Osteomyelitis im Gegensatze zu der diaphysären besteht im Allgemeinen darin, dass die einzelnen Entzündungherde lange Zeit, wenn nicht für immer, umschrieben bleiben. *Primäre Osteomyelitis der Pfanne* scheint, wie die Osteomyelitis der platten Knochen überhaupt, nur selten vorzukommen.

Je nach der Ausdehnung und dem Sitze der während des entzündlichen Stadium eingetretenen Zerstörungen, nach dem Zustande von Periost und Epiphysenknorpel, endlich auch nach den Zug- und Druckverhältnissen an der erkrankten Partie kommt es zu verschiedenartigen Formveränderungen: Veränderungen der Form des Gelenkkopfes, Verkürzungen am Schenkelhalse, Verbiegungen des Schenkelhalses. v. B. u. H. unterscheiden drei Typen der *osteomyelitischen Schenkelhalsverbiegung:* 1) Einwärts- und Abwärtsbiegung des ganzen oberen Femurendes einschliesslich der Trochanterpartie; 2) Einknickung des Halses an seiner Basis; 3) Einrollen des Kopfhalstheiles gegen die Spitze des kleinen Trochanter zu.

Symptome und *Verlauf:* In den meisten Fällen wies schon der erste Beginn des Leidens auf die osteomyelitische Natur hin: Hohes Fieber, spontane Schmerzen, Schwellung der Hüfte, multiple Gelenkschwellungen. Der weitere Verlauf gestaltet sich verschieden, je nachdem der Gelenkerguss die Kapsel perforirt und nach aussen durchbricht oder nicht.

Ausgänge: In Fällen ohne offene Eiterung tritt etwa innerhalb eines Jahres, in solchen mit offener Eiterung durchschnittlich nach 3—4 Jahren, falls die Kranken überhaupt am Leben bleiben, ein definitiver Abschluss der Krankheit, eine Heilung, ein. Eine völlige Restitutio ad integrum erscheint für die leichtesten Fälle nicht ausgeschlossen; gewöhnlich aber bleiben entsprechend den an Knochen und Gelenken entstandenen Veränderungen gewisse Störungen in der Gebrauchsfähigkeit des Gliedes, Contrakturen, Ankylosen, Verkürzungen und Atrophien zurück. Verhältnissmässig häufig werden auch Spontanluxationen, Epiphysenlösungen, sehr selten Spontanfrakturen beobachtet.

Von den 106 Kranken *starben* 15, darunter 4, bei denen die Resektion, bez. Exartikulation vorgenommen worden war. Von 89 Kranken, bei denen weder die Resektion, noch die Exartikulation vorgenommen wurde, genasen 78, und zwar 33 mit Gelenkversteifung, 28 mit Spontanluxation, 17 mit Epiphysenlösung.

Die *Resektion des Hüftgelenks* wurde 14mal ausgeführt (2 gest.); in einem verzweifelten Falle wurde ohne Erfolg die *Exartikulation in der Hüfte* vorgenommen. 7mal wurde die *lineare Osteotomie* unterhalb des grossen Trochanters gemacht. 5mal kam es zum *Redressement forcé;* meist traten hinterher üble Begleiterscheinungen auf, so dass von diesem Eingriffe nach abgelaufener Gelenkosteomyelitis dringend abzurathen ist.

P. Wagner (Leipzig).

450. **Die moderne Behandlung des Klumpfusses**; von Prof. Albert Hoffa. (Sond.-Abdr. aus Deutsche Praxis Nr. 11—14. 1899.)

H. ist Anhänger der unblutigen Therapie. Er schildert das Verfahren, das ihm bei 80 Klumpfüssen im Laufe von 10 Jahren gute Dienste gethan hat.

Die Behandlung soll begonnen werden, so bald das Neugeborene sich als lebensfähig erwiesen hat. Das Hauptmittel ist die Ausführung systematisch redressirender Bewegungen. Das jeweils erzielte Resultat wird durch Bindenwickelung festgehalten, später mittels einer Schienenvorrichtung.

Kann das Kind laufen, so erhält es einen Hülsenapparat für das ganze Bein mit einer redressirenden, bez. adducirenden Vorrichtung am Sohlentheil. Massage und Gymnastik müssen aber noch mindestens ein ganzes Jahr fortgesetzt werden!

Bei älteren Kranken wird der Fuss gewaltsam, eventuell mit einem Schraubenapparat redressirt, für einige Wochen im Gipsverband gehalten, bis der erwähnte Hülsenapparat fertig gestellt ist und die Nachbehandlung beginnen kann.

Wenn H. auf diese Weise auch gute Erfolge erzielt hat, so ist das Verfahren doch ein umständliches und langwieriges, das für poliklinische Praxis sich nicht eignet. Vulpius (Heidelberg).

451. **Zur Klumpfussbehandlung**; von O. Neuber. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 335. 1899.)

N. behandelt den Klumpfuss mit einer Schiene, deren Sohlentheil gegen die Unterschenkelschiene beliebig bewegt werden kann durch elastische Züge. Der Fuss wird mit der Hand leicht redressirt und dann in den Apparat geschnürt. Täglich wird massirt.

Die Tenotomie wird hoch oben und offen ausgeführt. Es wird die Sehne eingeschnitten, sie dehiscirt dann, die Continuität wird aber durch den unverletzten Muskelbauch erhalten. N. bevorzugt diese Modifikation, weil er früher 2mal die Vereinigung der Sehnenenden hat ausbleiben sehen.

Schlimme Klumpfüsse dürften dem N.'schen Verfahren kaum zugänglich sein.

Vulpius (Heidelberg).

452. **Trauma und Gelenkmaus**; von Oscar Vulpius. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 4. p. 115. 1899.) Autorreferat.

4 Fälle von freien Körpern im Kniegelenk werden mitgetheilt, die sowohl bezüglich ihrer Entstehung, als hinsichtlich ihrer Bewerthung als Unfallfolgen verschiedenartig beurtheilt werden müssen.

1) Traumatische Absprengung im gesunden Gelenk.
2) Alte deformirende Arthritis, Absprengung einer Wucherung durch Unfall.
3) Durch Trauma entstandene deformirende Arthritis mit spontaner Ablösung kleiner Körper.
4) Durch Trauma entstandene Synovitis villosa mit Lösung von Zotten.

453. **Kritischer Ueberblick über Umfang, Bedeutung und Leistungen der modernen Orthopädie**; von Vulpius. (Wien. klin. Rundschau Nr. 33. 1899.) Autorreferat.

Zuerst wird die Frage erörtert, *wie gross das Gebiet der Orthopädie ist.* Genaue Grenzen lassen sich nicht überall aufstellen, da vielerorts die Beziehungen zur Chirurgie sehr innige sind, so namentlich bei den Knochen- und Gelenkleiden. Das Gebiet der Unfallheilkunde, die Neurologie liefern der Orthopädie neuerdings Arbeitmaterial. Die öffentliche Krüppelfürsorge wird künftig den Orthopäden viel beschäftigen.

Die Statistik der angeborenen Deformitäten, die Unzahl rhachitischer Verbiegungen, die Skoliosen, die Plattfüsse in Betracht ziehend und bedenkend, wie viele Kranke sich dem Arzt vorzustellen unterlassen, übersehen wir ein grosses Arbeitgebiet.

Eine weitere Frage ist die, ob die orthopädischen Leiden *hinreichend Wichtigkeit* besitzen, um das allgemeine Interesse zu verdienen. Man kann in dieser Hinsicht lebensgefährliche und ungefährliche orthopädische Leiden unterscheiden. Aber auch letztere sind von grosser Bedeutung, da sie vielfach Beschwerden machen, den Lebensgenuss, die Arbeitfähigkeit stören und durch allmähliche Zunahme gefährlich werden können.

Eine dritte Frage ist endlich die, ob *die Erfolge die aufgewendete Mühe rechtfertigen.*

Fortschritte in der Therapie sind allenthalben zu finden. Einmal ist die Apparattechnik vervollkommnet worden, dann sind neue unblutige und blutige Methoden ersonnen worden. Ein Ueberblick über die zu erwartenden Erfolge bei den wichtigsten orthopädischen Gebrechen beschliesst die Arbeit.

454. **Blutige und unblutige Orthopädie**; von Vulpius. (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 3. 1899.) Autorreferat.

Bei der Behandlung einer grossen Zahl orthopädischer Leiden kommen blutige und unblutige Verfahren in Frage.

Die Vorzüge dieser oder jener Methode bei den wichtigsten Affektionen dem praktischen Arzt zu erläutern, ist der Zweck der Arbeit, die sich mit der Therapie der Spondylitis, der Skoliose, der Gelenktuberkulose, der Coxa vara, der angeborenen Hüftluxation, des Klumpfusses, des Plattfusses, der Contrakturen und Ankylosen, des Genu valgum, der rhachitischen Verbiegungen, der Kinderlähmung, der spastischen Parese beschäftigt.

455. **Orthopädie und Neurologie**; von Vulpius. (Deutsche Praxis Nr. 3. 1899.) Autorreferat.

V. weist auf die vermehrten Beziehungen zwischen beiden Gebieten hin. Die Nervenleiden sind in grösserer Zahl und mit weit grösserem Erfolge als früher Gegenstand orthopädisch-chirurgischer Therapie geworden, was an einigen der wichtigsten Beispiele erläutert wird.

Die spinale Kinderlähmung kann mit Apparaten, mit Arthrodese, neuerdings mit Sehnenüberpflanzung angegriffen werden und so, wenn auch nicht geheilt, doch hinsichtlich der funktionellen Restitution gebessert werden.

Das Gleiche gilt für spastische Lähmungen, für die Little'sche Krankheit, angeborene allgemeine Starre, für die cerebrale hemiplegische Kinderlähmung. Ferner kommen in Betracht die transversale, die sogen. Compressionmyelitis, Arthropathien auf nervöser Basis, peripherische Nervenleiden, gelegentlich die apoplektische Lähmung u. s. w.

456. **Die orthopädisch-chirurgische Behandlung der spinalen Kinderlähmung**; von Vulpius. (Der Kinder-Arzt Heft 7. 1899.) Autorreferat.

Ist nach Eintritt der Poliomyelitis 1 Jahr vergangen, so ist der Zustand als endgültig anzusehen bezüglich der Muskelrestitution. Es gilt nun 1) den Funktiondefekt auszufüllen, 2) sekundäre Deformitäten zu beseitigen.

Die Apparatbehandlung ist durch Einführung der Schienenhülsenapparate vervollkommnet worden. Immerhin haben die Apparate auch Nachtheile, können die Funktion nicht wieder völlig herstellen, eine Contraktur nicht beseitigen.

Die Arthrodese vermag in mancher Hinsicht den Apparat zu ersetzen, ersetzt aber im Grund einen pathologischen Zustand durch den anderen.

Das Beste vermag entschieden die Sehnenüberpflanzung, am richtigen Ort angewendet, zu leisten.

Schliesslich wird kurz besprochen, welche Methode an jedem der grossen Gelenke den Vorzug verdient.

457. **Ueber cerebrale Kinderlähmungen**; von Böcker. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Von mehr praktischen, als wissenschaftlichen Gesichtspunkten ausgehend, theilt B. die cerebralen Kinderlähmungen in 4 Gruppen: 1) Starre der Beine (echte Little'sche Krankheit), Prognose gut. 2) Starre aller Extremitäten, Prognose ungünstig. 3) Ueberwiegende Athetose, Prognose relativ günstig (?). 4) Cerebrale Hemiplegie, Prognose günstig.

Die Therapie besteht in Tenotomien, Fixirung in Uebercorrektur, medico-mechanischer Nachbehandlung. Vulpius (Heidelberg).

458. **A new method of restoring the absent function of muscles in infantile paralysis**; by Noble Smith. (Lancet Nov. 25. 1898.)

Ausgehend von der Ansicht, dass die Tenotomie nicht allein freiere Bewegungfähigkeit in einem gelähmten, in Contraktur stehenden Gliede ermöglicht, sondern dass sie gerade durch Erzeugung einer nachhaltigen Wärmevermehrung und besseren Ernährung in ihm günstig auf die Besserung der gelähmten Muskeln einwirkt, und dass diese Wirkung durch die Durchtrennung auch der Sehnen nur erhöht werden könnte, hat Sm. in 2 Fällen von Kinderlähmung ausser der in Contraktur befindlichen Achillessehne auch die Sehnen der gelähmten, die Zeichen partieller Entartungreaktion darbietenden Muskeln (MM. tibialis antic., extens. dig. long., extens. propr. poll.) durchtrennt und damit überraschend gute Resultate erzielt. In dem 1 Falle wurde auch bald danach Zunahme der elektrischen Muskelerregbarkeit festgestellt.

W. Voigt (Oeynhausen).

459. **Ueber das Indikationsgebiet der Sehnenüberpflanzung**; von Vulpius. (Klin.-therap. Wchnschr. 11. 1899.) Autorreferat.

Am naheliegendsten ist die Sehnenüberpflanzung bei *traumatischen* Verlusten von Sehnen und Muskeln, frischen sowohl wie alten. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei traumatischen Verlusten peripherischer Nerven.

Ein grosses Gebiet stellen die *Rückenmarkserkrankungen* dar, obenan die *spinale Kinderlähmung,* die complete sowohl, als viel mehr natürlich die partielle. Der Unterschenkel bietet die besten Verhältnisse, minder gute der Oberschenkel. Am Vorderarme ist das Verfahren noch nicht genügend erprobt und ausgebildet. Weiter kommen in Betracht die spastischen Lähmungen, die cerebrale Kinderlähmung, die apoplektische Hemiplegie, die Little'sche Krankheit und verwandte Leiden.

460. **Weitere Erfahrungen über die Sehnenüberpflanzung**; von Vulpius. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17. 1899.) Autorreferat.

V. berichtet auf Grund von 80 eigenen Operationen über das Verfahren. Die Technik wurde in verschiedener Hinsicht vervollkommnet, die letzten 60 Ueberpflanzungen heilten ohne jede Störung. Hinzugefügt wurde neuerdings die Verkürzung und dadurch das Resultat gesichert.

Das Indikationgebiet wurde erweitert, so dass es jetzt schon ein ziemlich grosses geworden ist. Peripherische, spinale, cerebrale Lähmungen verschiedenen Ursprunges sind dem Verfahren zugänglich. Wichtig sind die Nachuntersuchungen der Operirten, von den 4 dem Jahre 1896, 20 dem Jahre 1897, 42 dem Jahre 1898 angehören.

Im Ganzen sind die Resultate recht zufriedenstellend, völlige Misserfolge sind sehr selten.

461. **Beitrag zur Lehre von der Sehnenplastik**; von Gocht. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

G. berichtet ausführlich über 21 Ueberpflanzungen, die wegen spinaler Kinderlähmung, cerebraler Lähmung, spastischer Gliederstarre, traumatischer Lähmung in der Hoffa'schen Klinik ausgeführt wurden.

Die Erfolge waren zufriedenstellende, zum Theil sehr gute. Bezüglich der Technik äussert G. theilweise Anschauungen, die sich mit den Erfahrungen des Ref. nicht decken. Vulpius (Heidelberg).

462. **Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre**; von Dr. A. Brunner. (Wien. med. Presse XL. 38. 1899.)

Br. empfiehlt zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre $2^1/_2$proc. Lösungen von Natrium carbon. siccum in destillirtem Wasser. Auf das mit einer heissen Sublimatlösung gereinigte Geschwür kommt zuerst eine einfache Lage von steriler Gaze, die mit gelber Vaseline oder Lanolin gefettet ist, auf diese kommt eine einfache Schicht von Cellulose, die mit der $2^1/_2$proc. Natrium-Carbonicumlösung getränkt ist, und hierauf Billroth-Battist; das Ganze wird mit einer Calicotbinde fest verbunden. Alle 24 Stunden wird der Verband erneuert.

Die Erfolge waren selbst bei alten verwahrlosten Geschwüren sehr günstig.

P. Wagner (Leipzig).

463. **Sarcoma ossium pedis**; von Dr. M. Borchardt. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 909. 1899.)

B. theilt folgende Beobachtung aus der v. Bergmann'schen Klinik mit.

Ein 47jähr. Herr litt seit 10 Jahren im Anschlusse an einen Sprung von der Pferdebahn an Schmerzen im rechten Fusse. Da ein geringer Plattfuss vorlag, so wurden seine Klagen als Plattfussbeschwerden gedeutet. Trotz geeigneter Behandlung trat allmählich Verschlechterung ein; erst im Laufe des letzten Jahres machte sich unterhalb des Fussgelenkes eine Schwellung bemerkbar, die aber noch immer ihrem Wesen nach unklar blieb. Im September 1898 wurde ein Röntgogramm angefertigt, auf dem sich eine Aufhellung sämmtlicher Fusswurzelknochen, vor Allem aber des Talus und Calcaneus zeigte, bei auffallend gut erhaltenen Gelenkcontouren. Die Diagnose wurde umgeändert, es konnte sich nur um Tumor oder Tuberkulose handeln. Eine Probepunktion, die etwas Blut und Gewebepartikelchen herausbeförderte, entschied die Frage zu Gunsten einer Geschwulstbildung. 11. Oct. 1898 Ablatio cruris. Complikationlose Heilung.

Sehr interessant war das durch die Amputation gewonnene Präparat. Man hatte zunächst den Eindruck, als ob es sich um 2 verschiedene primäre Tumoren handele, von denen der eine im Talus, der andere im Calcaneus sass. Nach genauerer Untersuchung glaubt B. annehmen zu dürfen, dass der *primäre Tumor seinen Sitz im Talus hatte,* dass

er hier als *Enchondrom* angelegt war. Dieses Chondrom hatte aus irgend welchen Gründen sarkomatösen Charakter angenommen, war in den *Calcaneus* eingebrochen und hatte hier unter besonderen statischen und besonderen Ernährungverhältnissen den Typus des *Riesenzellensarkoms* angenommen. *Maligne Tumoren der Fusswurzelknochen* sind überhaupt selten. B. konnte in der Literatur nur 15 Fälle von Calcaneussarkom und 1 Fall von malignem Talustumor finden.

Auch der eigenthümliche *klinische Verlauf* beansprucht ein gewisses Interesse. In der Regel macht die Erkenntniss der bösartigen Geschwülste der Fusswurzel nicht geringe Schwierigkeit. Gerade die Sarkome des Talus und Calcaneus sind denn auch meist längere Zeit verkannt und mit Tuberkulose oder Osteomyelitis verwechselt worden.

Differentialdiagnostisch am wichtigsten ist das Verhalten der Weichtheile. Rothe, livide Verfärbung der Haut, Fistel- und Abscessbildung sprechen für tuberkulöse oder osteomyelitische Knochenerkrankung, während cutane Venenektasien bei sonst normaler Haut für Tumorbildung fast pathognomonisch sind. Entscheidung bringen kann in manchen Fällen das Resultat der *Probepunktion* (reines Blut!), noch sicherer ist das Ergebniss der Probeincision. Für die Differentialdiagnose von grosser Bedeutung scheint ferner das *Röntgogramm* zu sein; B. hat wenigstens eine so gleichmässige Aufhellung des Knochenschattens, ein so gleichmässiges Verschwinden der normaler Weise sichtbaren Knochenarchitektur bisher nur bei Knochengeschwülsten gesehen.

Der in manchen Fällen beobachtete *langsame Verlauf* lässt sich nur durch die Annahme erklären, dass ein verhältnissmässig grosser Procentsatz dieser Tumoren anfangs gutartig angelegt ist und erst im Laufe der Zeit bösartig wird. In einem grösseren Procentsatze der Fälle entwickeln sich die Sarkome aus Chondromen. So lange die Erkrankung auf einen Knochen beschränkt ist, kann man sich, wenigstens bei den Chondromen, den Myxochondromen und den centralen Sarkomen auf die sorgfältige Exstirpation der Geschwulstmassen, oder auf die Enucleation des erkrankten Knochens beschränken. Handelt es sich aber um peripherische und die Weichtheile infiltrirende Sarkome, dann sind eingreifendere Operationen, Exartikulation oder Amputation, am Platze. P. Wagner (Leipzig).

464. Zur operativen Behandlung der Aneurysmen; von Dr. H. Hofmann. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 418. 1899.)

H. berichtet über 7 *Aneurysmen,* die in den letzten Jahren in der Breslauer chirurg. Klinik *operativ behandelt* wurden. Es handelte sich um Aneurysmen der Artt. vertebral., carot., poplit., radial., femoral. (2 Fälle), temporalis. 2mal wurde die *zuführende Arterie* allein *unterbunden* (nach Hunter); 3mal wurde die *Exstirpation* ausgeführt, in einem Falle allerdings nur unvollständig und 2mal wurde ein Verfahren angewandt, das H. das Mikulicz'sche nennen möchte, da dieser seines Wissens zum ersten Male Aneurysmen auf diese Weise mit Erfolg behandelt hat. Das Verfahren ist ein zweizeitiges, indem zuerst die zuführende Arterie unterbunden wird, und zwar am Orte der Wahl (Hunter) oder dicht über dem Aneurysma (Anel), wie es die Verhältnisse eben als zweckmässig und nothwendig erscheinen lassen. Nach Verheilung dieser Wunde wird das Aneurysma, falls es keine Neigung zur Verkleinerung zeigt und in Folge von Druck auf die Nachbarschaft den Kranken in Gefahr bringt oder dauernd quält, durch eine Incision gespalten, die gerade gross genug ist, um alle darin enthaltenen Coagula herauszupressen, worauf die Wunde sofort durch Nähte geschlossen und mit einem Compressivverbande bedeckt wird. Der Erfolg der Operation wird wesentlich gesichert durch eine mässige Compression, eventuell mit elastischen Binden, die am besten noch einige Monate nach Verheilung der Wunde ausgeübt wird. Anzuwenden dürfte diese Art zu operiren nur dann sein, wenn eine Infektion des aneurysmatischen Sackes sicher ausgeschlossen werden kann.

H. empfiehlt das Mikulicz'sche Verfahren namentlich für die Fälle, in denen die Exstirpation des aneurysmatischen Sackes verboten ist. Es ist bedeutend weniger schwierig und auch weniger gefährlich als die Exstirpation; man braucht auch den Nachtheil der Narkose weniger zu fürchten, da man sie höchstens bei der Unterbindung der zuführenden Arterie nöthig hat. Der 2. Theil der Operation kann unter Schleich'scher Anästhesie vorgenommen werden. P. Wagner (Leipzig).

465. The eye symptoms in so-called „hay fever"; by Dr. John Hern. (Brit. med. Journ. Sept. 23. 1899.)

Die Augensymptome beim Heufieber sind bei verschiedenen Personen und auch bei der gleichen Person sehr verschieden. Den grössten Theil des Jahres sind die Leute gesund; im Allgemeinen handelt es sich aber um nervöse Personen.

In der 2. Juni-Woche (12. bis 15.), manchmal nach einem Spaziergange im Freien tritt plötzlich ein heftiges kratzendes und brennendes Gefühl im inneren Augenwinkel auf, „wie wenn heisser Sand im Auge wäre". Die Bindehaut ist geschwollen, ödematös; reicht die Schwellung bis zum Hornhautrande, so besteht starke Lichtscheu. Werden die Augen ruhig gehalten, so verschwindet das Oedem nach einigen Stunden. In der Nacht wacht der Kranke nach einigen Stunden Schlaf mit dem gleichen lästigen Gefühle auf. Bei Verstopfung der Nase tritt Asthma hinzu. Borlösungen verschaffen Linderung, ebenso Cocain, aber keine Heilung. An der See verschwindet die Krankheit nach 6 bis 7 Wochen von selbst.

H. fragt: Sind diese Symptome auf eine Reflexneurose von der Nase her oder auf den Blüthenstaub und andere Fremdkörper in der Bindehaut oder auf eine vasomotorische Störung zu beziehen?

Devereux Marshall, der selbst seit langer Zeit an dieser Krankheit leidet, warnt vor der länger fortgesetzten Anwendung des Cocains als einem für den Körper gar nicht indifferenten Mittel.

Lamhofer (Leipzig).

466. **Du rôle des toxines dans la production des inflammations de la conjonctive**; par V. Morax et M. Elmassian. (Ann. d'Oculist. CXXII. p. 81. Août 1899.)

M. u. E. haben im Laboratorium des Instituts Pasteur die verschiedene Wirkung von Mikroorganismen auf und in der Bindehaut des Kaninchens untersucht. Es wurden Stunden lang alle 2—3 Minuten lebende oder todte Culturen oder Filtrate davon in den Bindehautsack geträufelt. Das Ergebniss der Untersuchung war folgendes:

Toxine gonococcique. Wenn man nur einige Tropfen einträufelt, entsteht keine Reaktion; kurz nach der Einträufelung kann man weder mit dem Mikroskop, noch durch die Cultur Gonokokken nachweisen. Hat man oft eingeträufelt, so treten nach 1—2 Std. Bindehaut-Injektion und -Oedem auf; fibrinös-eitrige Sekretion 2—5 Std. nach der Einträufelung; anderen Tages sind nur mehr die Lider etwas verklebt. Es findet keine Vermehrung der Gonokokken statt. Die gleiche Reaktion tritt ein auch nach Filtration der Gonokokken. Die Virulenz bleibt erhalten bei einer Erhitzung der Flüssigkeit bis zu 120°.

Wurden 6 Tropfen einer in Bouillon-Ascites-Flüssigkeit gewonnenen Cultur in den *menschlichen* Bindehautsack gebracht, so war die Reaktion auch gering; erst nach 20 Tropfen trat ordentliche Reizung, bez. Entzündung auf, aber nicht so wie bei typischer Blennorrhöe, sie verschwand am nächsten Tage wieder. Gonokokkenculturen, in trachomatöse Augen gebracht, sollen durch die entstehende Entzündung günstig auf die Trachomkrankheit einwirken; davon konnten sich M. u. E. nicht überzeugen.

Der *Diplobacillus der subakuten Conjunctivitis* oder seine Toxine bewirken während der ersten 2 Std. keine Reaktion; später bildet sich etwas Oedem mit Absonderung, die aber geringer sind als beim Bacillus de Weeks und beim Gonococcus. Die Injektion verschwindet mit dem Aufhören des Einträufelns. Mit einer auf 110° erhitzten Cultur erhält man immer noch eine, wenn auch abgeschwächte Reaktion; die löslichen Produkte dieses Bacillus sind widerstandsfähiger gegen die Hitze als die des Bacillus de Weeks, des Gonococcus und Staphylococcus.

Bacillus de Weeks. Beim Kaninchen erst nach 6—7 Std. geringe Reaktion. Bei Erhitzung auf 115° fehlt jede Reaktion. Die Reaktion mit nicht filtrirten Culturen ist stärker als die mit filtrirten, aber geringer als die mit Staphylokokken und Gonokokken.

Staphylococcus. Eine auf Staphylokokken beruhende Entzündung ist sehr selten. Es scheint, dass nur bei allgemeinen Schwächezuständen, wie nach Masern, Scharlach, günstige Bedingungen für die Entwickelung des Staphylococcus vorhanden sind. Die Reaktion unterscheidet sich wenig von der durch Gonokokkencultur bewirkten. Nach 4 Std. ist die Höhe der Entzündung erreicht und ein weiteres Einträufeln bringt keine Steigerung. Niemals traten dabei Hornhauterkrankungen auf. Die Wirkung wird gering bei Erhitzung auf 115°.

Die Untersuchungen über *Streptokokken* und *Pneumokokken* sind durch M. u. E. noch nicht abgeschlossen.

Diphtheriebacillus. Es ist unter allen Umständen eine längere Einträufelung nöthig. Erst nach 36—48 Std. ist das typische Bild der Bindehautdiphtherie mit Trübung der Hornhaut vorhanden. Nach 3—4 Tagen nehmen die Schwellung und das Oedem der Bindehaut ab; die Hornhauttrübung verschwindet nach weiteren 2 Wochen vollständig. Eine noch so concentrirte Lösung macht keine Verkürzung der Incubationzeit.

Bei *Schlangen-* und *Jequirity-*Gift genügen schon 1—2 Tropfen, um heftige Entzündung zu bewirken. Während aber bei Jequirity die Höhe der Entzündung erst nach 20 Std. erreicht wird, ist dies beim Schlangengifte schon nach 15 Min. der Fall; hier überwiegt mehr die Schwellung im Verhältnisse zur Eiterung.

Es ist also bei den verschiedenen Mikroorganismen im Bindehautsacke des Kaninchens ein grosser Unterschied in der nothwendigen Dauer der Berührung mit der Bindehaut, um eine Reaktion zu erzeugen; in der Dauer der Incubationzeit und der Stärke und Dauer der Reaktion. Mit Ausnahme von Schlangen- und Jequiritygift ist bei allen anderen eine langdauernde Berührung nothwendig, vorausgesetzt, dass das Epithel unverletzt ist. Beim Gonococcus, Bacillus de Weeks ist eine 1—2 Stunden dauernde Einträufelung nöthig (alle 2—3 Min.), beim Diphtheriebacillus selbst 8—10 Stunden. Die Incubationzeit ist wieder am kürzesten beim Schlangengifte, am längsten bei Diphtherie und Jequirity. Die Dauer der Reaktion ist am längsten bei der Diphtherie; sie kann 48 Std. und noch länger bestehen, nachdem schon kein Bacillus mehr nachzuweisen ist; dagegen ist sie bei der Blennorrhöe, bei der akuten und subakuten Conjunctivitis so enge mit der Anwesenheit der Mikroorganismen verbunden, dass sie kaum einige Stunden noch andauert, nachdem jene aus dem Sekrete verschwunden sind.

Eine Vermehrung der Mikroorganismen im Bindehautsacke haben M. u. E. niemals nachweisen können.

Lamhofer (Leipzig).

467. Ueber einen neuen, nach Gram sich entfärbenden, semmelförmigen intracellulären Pseudogonococcus auf der menschlichen Conjunctiva; von Dr. Fr. Krukenberg in Rostock. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 271. Aug. 1899.)

K. fand auf der Bindehaut eines wegen geringen Bindehautkatarrhs in der Poliklinik behandelten Kr. einen Diplococcus, der in morphologischer Beziehung und in Bezug auf schnelle Entfärbung nach Gram vollständig dem Gonococcus glich. Nur die Züchtungsversuche (üppiges Wachsthum auf thierischem Blutserum, auch auf gekochtem; grosse Widerstandsfähigkeit gegen Temperaturen, lange Fortzüchtungsfähigkeit), sowie seine Virulenz bei intraperitonäalen Impfungen von weissen Mäusen bildeten einen deutlichen Unterschied. K. glaubt auch nicht, dass der von ihm gefundene Coccus mit dem Weichselbaum'schen Meningococcus gleich sei.

Lamhofer (Leipzig).

468. Primary sarcoma of the fornix conjunctivae; by John Griffith. (Brit. med. Journ. Sept. 23. 1899.)

Gr. entfernte eine lobuläre Geschwulst, ein Sarkom mit ganz geringer intercellularer Zwischensubstanz und mit sternförmigen Pigmentzellen, aus dem oberen Fornix des rechten Auges einer Frau, das sich an dieser Stelle, einem ungemein seltenen Sitze eines Sarkoms, vor ungefähr 2 Jahren entwickelt hatte und bereits auf den Tarsus übergegangen war. Die Bindehaut des Augapfels war gelblich verfärbt. Obgleich bei der Operation die obere Hälfte des Tarsus weggenommen werden musste, trat keine Ptosis ein. Lamhofer (Leipzig).

469. Ueber das Vorkommen von Iris-Rissen; von Prof. Weiss u. Dr. Klingelhöffer in Mannheim. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 237. 1899.)

W. u. K. stellen in einer Tabelle alle bisher in der Literatur erwähnten Fälle von Iris-Rissen, deren Ursache und Complikationen zusammen und geben die Krankengeschichte von 4 Personen mit dieser Art der Verletzung. In diesen 4 Fällen war der Riss in der Iris durch Anspringen eines Holzes, eines Steines, eines Pfeiles und durch einen Faustschlag bewirkt. Bei allen Kranken war das Auge direkt getroffen worden; der Iris-Riss lag der Stelle der Gewalteinwirkung gegenüber. Die Pupille erleidet eine Erweiterung, meist ist die Iris gelähmt. Wie die Einreissung der Iris vor sich geht, ob und wie eine Ueberdehnung des Sphinkter stattfindet, ob die eingedrückte Hornhaut die Iris an die Linse presst, ob eine spastische Contraktion des Sphinkter nothwendig ist, um einen Riss möglich zu machen — über alles Das streiten sich noch die Autoren. Lamhofer (Leipzig).

470. A discussion on the pathological significance of sympathetic irritation, and its connection, if any, with sympathetic ophthalmitis; by Richardson Cross. (Brit. med. Journ. Sept. 23. 1899.)

In der Brit. med. Association in Portsmouth hielt C. einen sehr lehrreichen Vortrag über sympathische Augenentzündung, wobei er auf Grund seiner eigenen Erfahrung und der bekanntesten Veröffentlichungen eine genaue Sonderung und Erklärung der sympathischen Reizung gegenüber der sympathischen Entzündung anstrebte. Die Störungen bei der sympathischen Reizung sind: Das Gefühl des Unbehagens, der Empfindlichkeit, der Ermüdung im nicht verletzten Auge; Schmerzen im Auge oder in der Augenhöhle, Thränen, Lichtscheu, Verdunkelung und Umnebelung von kürzerer oder längerer Dauer, vorübergehende Gesichtsfelddefekte, Krampf oder Erschlaffung der Accommodation, abnorme Pupillenthätigkeit; aber kaum, dass etwas Röthung der Bindehaut oder der Sehnervenpapille vohanden ist. Diese Reizerscheinungen können wie die der Entzündung bald oder erst viele Jahre nach der Verletzung des anderen Auges eintreten.

Es giebt dagegen nur ein sicheres Mittel, die Enucleation des verletzten Auges. Darin stimmten in der Verhandlung die erfahrensten englischen, amerikanischen und französischen Aerzte mit C. überein. Lamhofer (Leipzig).

471. Die chirurgische Behandlung des Exophthalmus pulsans durch einseitige, resp. doppelseitige Unterbindung der Carotis communis; von Dr. K. Bodon. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 605. 1899.)

Die Grundursache des *durch traumatische Einwirkung entstandenen Exophthalmus pulsans* ist darin zu suchen, dass die Carotis interna im Sinus cavernosus zerreisst und sich das Blut in den Sinus ergiesst. Der erhöhte Blutdruck verhindert den Rückfluss des Blutes aus der V. ophthalmica sup., demzufolge in dem Gebiete dieser Vene eine Stauung mit allen ihren Folgezuständen (Chemosis der Augenbindehaut, Exophthalmus, Pulsationen u. s. w.) entsteht. Der *traumatische Exophthalmus* ist manchmal doppeltseitig.

Die rationellste *Behandlung* ist die *Ligatur der betroffenen Carotis communis*.

B. theilt aus der Dollinger'schen chirurg. Klinik 2 Beobachtungen von *traumatischem pulsirenden Exophthalmus* der rechten Seite mit. In dem 1. Falle genügte die Unterbindung der rechten Carotis communis, um Heilung zu erzielen; im 2. Falle musste später auch noch die linke Carotis communis unterbunden werden.

Seinen Fall eingerechnet, verfügt B. über 58 Fälle von *traumatischem pulsirenden Exophthalmus*, in denen eine *einseitige Unterbindung der Carotis communis* gemacht worden war: 26 Kr. wurden geheilt, 20 gebessert, 6 nicht gebessert, 6 sind gestorben. Die Operation hatte somit 80% Heilungen oder Besserungen zur Folge. Fälle von *doppeltseitiger* Unterbindung sind 6 bekannt. Sämmtliche Kranke überstanden diesen operativen Eingriff gut; 5 Kranke wurden geheilt oder erheblich gebessert. In jenen Fällen, in denen auch das Unterbinden der anderen Carotis angezeigt ist, soll man mit dieser Maassnahme nicht zu lange

warten, um die Sehkraft des Auges möglichst zu erhalten.

In dem 2. Dollinger'schen Falle trat erst dann vollkommene Heilung ein, als auch noch der pulsirende Gefässknoten am inneren oberen Orbitalrande, der so zu sagen ein ständiger Begleiter des Exophthalmus pulsans ist, resecirt worden war. Vielleicht kann in einzelnen Fällen eine Heilung durch die blosse Unterbindung dieses Gefässknotens erzielt werden. P. Wagner (Leipzig).

472. **Fötale eitrige Entzündung als Ursache des congenitalen Mikrophthalmos und Anophthalmos**; von Prof. Hoppe in Köln. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 201. 1899.)

Für die Entstehung des Mikrophthalmos wird von vielen Autoren eine bakteriell-eitrige Entzündung angenommen. Diese ist aber nach H. bisher noch gar nicht einwandfrei erwiesen, auch nicht sehr wahrscheinlich. Metastatische Eiterungen an sonst bevorzugten Theilen, z. B. den Gelenken, sind bei Föten noch nicht beobachtet worden; es ist also auch eine Infektion auf dem Wege der Blutbahn auszuschliessen. Eine Infektion durch das Fruchtwasser ist ebenso unwahrscheinlich. Wenn auch in vielen Fällen von Mikrophthalmos angeblich gleich nach der Geburt Eiterung der Augen bemerkt wurde, so kann die Eiterung doch erst Folge einer Infektion während der Geburt sein oder bei der eigenartigen Stellung der Lider von Augen mit Mikrophthalmos eine Folge von angestautem Sekret, eine Eiterung nicht bakterieller Natur sein. In einem der von H. erwähnten 10 Fälle von Mikrophthalmos und Anophthalmos täuschte eine Dermatitis der gefalteten Lider eine eitrige Entzündung vor. Lamhofer (Leipzig).

473. **Ueber die Entstehung von Gehirnabscessen nach Orbitalphlegmone**; von Dr. Ad. Szulislawski. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 289. 1899.)

Ein 22jähr. Arbeiter erhielt einen Hieb in die Gegend des linken Auges. Starke Schwellung der Lider, Quetschung und Risswunde des unteren Lides nach innen zu; die Sonde glitt tief in die Augenhöhle. Der Augapfel war vorgetrieben. Während der nächsten 14 Tage starker Eiterfluss aus der Wunde. 3 Wochen nach der Verletzung wurde mit der Kornzange ein 29 mm langer, 7 mm breiter, 1—1.5 mm dicker Holzspahn entfernt. 8 Tage später Kopfschmerz, erhöhte Temperatur, doch nur während 2 Tagen. Augenhintergrund normal. Wieder nach 2 Tagen 2mal Erbrechen ohne Fieber, Kopfschwindel. Die innere Untersuchung ergab nichts Abnormes. Der Kr. wurde auf Wunsch des Vaters entlassen. Tod 8 Tage später. Bei der *Sektion* wurden Orbitalknochen, Sinus, Gefässe und Hirnhäute unversehrt gefunden, aber im linken Stirnlappen ein faustgrosser Abscess.

Da nach dem Sektionbefunde eine Fortpflanzung der Orbitalentzündung per contiguitatem, durch die Gefässe oder die Hirnhäute ausgeschlossen werden muss, so bleibt nur die Annahme einer Metastase übrig. Nach Sz. soll man in jedem Falle von Orbitalphlegmone bei Hinzutritt „allgemeiner Gehirnerscheinungen“ und auszuschliessender Meningitis an die Möglichkeit eines metastatischen Gehirnabscesses denken. Und wo allgemeine Gehirnerscheinungen ohne Herdsymptome bestehen, wäre an einen Abscess in dem der Orbitalphlegmone entsprechenden Frontallappen und an chirurgisches Eingreifen zu denken.

Lamhofer (Leipzig).

474. a) **L'hétéroplastie orbitaire.** *Étude clinique et expérimentale;* par E. Valude. (Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 46. Juillet 1899.)

b) **Nouveau procédé d'implantation de boules de verre dans l'orbite**; par Oliver, Philadelphie. (Ibid. p. 54.)

a) Valude nähte in die Tenon'sche Kapsel von Kaninchen nach Enucleation des Augapfels ein Stück Holzkohle, den Kopf eines Oberschenkels von einem jungen Hunde mit und ohne Knorpel, ein Stück Schwamm und ein mit Catgut umwickeltes Stück Seide. Die Thiere wurden 20 Tage nach der Operation getödtet. Nur in dem Falle, wo der Femurkopf mit Knorpel eingelegt worden war, war an einer Stelle eine Verwachsung mit dem Knochen zu sehen, und in einem Falle einer Schwamm-Einlegung waren von hinten her Granulationen in den verdickten und verfilzten Schwamm hineingewachsen. Alle übrigen Versuche schlugen fehl; der Fremdkörper wurde ausgestossen. Bei einem Manne, der 1 Jahr lang einen eingenähten Schwamm in der Augenhöhle getragen hatte, waren die in die Lücken des Schwammes hineingewachsenen Granulationen bereits wieder in der Rückbildung. V. legt jetzt eine silberne Kugel ein, die dann dauernd liegen bleiben soll, wenn die Naht besonders gut und genau gemacht wird.

b) Oliver legt eine Glaskugel ein, näht nicht nur sehr genau die Bindehaut, sondern knüpft vorher die an ihren Enden angeschlungenen geraden Muskeln erst über der Kugel zusammen.

Lamhofer (Leipzig).

475. **The use of homatropine in some cases of muscular asthenopia**; by Adolph Bronner. (Brit. med. Journ. Sept. 23. 1899.)

Nach B. nimmt durch die immer mehr gesteigerte Thätigkeit in den Schulen und im täglichen Leben die muskuläre Asthenopie auch immer mehr zu. Die grösste Zahl der Leidenden wird durch passende Brillen von ihren Beschwerden befreit. Im Jahre 1885 wurden in der Augenklinik in Bradford 324 Brillen, darunter 16 cylindrische verordnet, im Jahre 1898 aber nicht weniger als 2300 Brillen, darunter ungefähr 400 cylindrische. Wo das Tragen von Brillen keine Hülfe brächte, müsste mehrere Wochen lang Homatropin in das Auge geträufelt werden, das den Vorzug vor dem Atropin hätte, dass die Betroffenen nicht Wochen lang ihre Berufsthätigkeit aufgeben müssen.

Arnold Lawson glaubt, dass in manchen Fällen, besonders bei Kindern, das Atropin nicht ganz zu entbehren sei. Es träte dadurch oft Hei-

lung ein, ohne dass geringe Refraktionfehler corrigirt zu werden brauchten. [Gott sei Dank, dass in Deutschland die sogen. „Atropin-Kur“ bei Kindern, die vor circa 15 Jahren noch allgemein üblich war, ganz ausser Mode gekommen zu sein scheint. Richtige Eintheilung der Arbeit, gesunde Lebensweise, Befreiung der Schwachbefähigten von wissenschaftlichen Studien und Abhaltung aller Störungen von der Arbeit der Befähigten, allgemeine Behandlung der kranken Kinder — das Alles ist besser als Atropin-Einträufelung. Ref.]
Lamhofer (Leipzig).

476. **Das Verschwinden des Accommodationskrampfes in Folge von Eserin-Anwendung**; von Prof. W. Dobrowolsky in Petersburg. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. 6. p. 216. 1899.)

D. beobachtete bei einem 62jähr., an chronischem Glaukom leidenden Manne starken Accommodationkrampf, scheinbare Myopie $^1/_{16}$, S = $^{20}/_{70}$. Nach Eserin-Einträufelung war die Myopie verschwunden, es bestand Emmetropie und S = $^{20}/_{70}$. Pilocarpin bewirkte nur eine Verringerung der Myopie auf $^1/_{20}$. D. erklärt die Wirkung des Eserins in diesem Falle durch die Regulirung der Blutvertheilung im Ciliarkörper und in der Aderhaut.

D. erwähnt noch, dass es Fälle giebt, wo Atropin den Accommodationkrampf nicht nur nicht aufhebt, sondern sogar steigert. Lamhofer (Leipzig).

477. **Des spasmes toniques du muscle ciliaire chez les enfants et de la valeur de la skiascopie dans l'oeil atropinisé**; par F. Lagrange, Bordeaux. (Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 29. 1899.)

L. führt eine grosse Reihe von Augenuntersuchungen an, die mit dem Skiaskop und mit dem Augenspiegel bei erweiterter und nicht erweiterter Pupille und unter Einschaltung eines Diaphragma ausgeführt wurden, um zu zeigen, wie häufig bei jungen Leuten auch im Dunkelzimmer der Accommodationkrampf nicht verschwinde. Dadurch entstünden Irrthümer, die im Mittel circa 2 D betrügen. Es sei daher stets Atropinisung der Augen erforderlich. Die Weite der Pupille bedinge bei der skiaskopischen Untersuchung höchstens einen Fehler von einer halben Dioptrie. [Der Ref. hat sich bisher weder von der Häufigkeit des Accommodationkrampfes überhaupt, noch von der Beibehaltung stärkeren Krampfes im Dunkelzimmer bei den von ihm stets auch im aufrechten Bilde untersuchten Augen überzeugen können.] Lamhofer (Leipzig).

478. **Kann Schielen Schwachsichtigkeit verursachen?** von Dr. M. Sachs. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 25. 1899.)

Früher erklärte man die Schwachsichtigkeit des Schielauges für eine Folge des Schielens, später für Ursache des Schielens. Eine zunehmende Verschlechterung des Sehvermögens von den frühen Kinderjahren an ist bei Schielenden sicher wiederholt beobachtet worden. S. meint, dass die Annahme einer durch Schielen herbeigeführten Schwachsichtigkeit eine bedeutende Stütze dann gewinnen würde, wenn sich die Amblyopie des Schielauges durch gewisse Merkmale von der Amblyopie aus anderen Ursachen unterschiede. S. sieht diese Unterscheidung in dem Verluste der Fähigkeit, beim Sehen mit beiden Augen den Eindrücken des abgelenkten Auges die volle Aufmerksamkeit zuzuwenden. Der Verfall des Sehvermögens unterbleibt bei Strabismus alternans. Das wesentliche Kennzeichen des Alternirens soll aber nicht darin gesehen werden, dass der Schielende jedes einzelne Auge gleich gut zum Geradaussehen verwenden, sondern darin, dass er jedes Auge bei geöffnetem zweiten Auge zum Fixiren verwenden kann. Gerade in letzterem Umstand liegt der Schutz gegen den Verfall des Sehvermögens, vorausgesetzt, dass das Sehvermögen nicht schon vor dem Schielen herabgesetzt war. Dass das schielende Auge durch Verschluss des Fixirauges leistungsfähiger werden kann, darin sieht S. einen augenfälligen Beweis für das Bestehen einer vom Schielen abhängigen Sehschwäche.
Lamhofer (Leipzig).

479. **Erfahrungen über die Behandlung der hochgradigen Myopie durch Linsenextraktion**; von Dr. Velhagen in Chemnitz. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30. 1899.)

V. berichtet über 15 wegen sehr grosser Kurzsichtigkeit von ihm operirte Augen. Das Verfahren war das allgemein übliche, Discission und nachfolgende Entfernung der Linse. Der jüngste Kranke war 6, der älteste 38 Jahre alt. Das Ergebniss war sehr gut. Fast alle Operirten sahen in die Ferne besser als vorher. 3 Operirte konnten ihre gewohnte Nahearbeit nicht mehr so gut verrichten wie früher. V. bespricht die Indikation zur Operation und räth, sich dabei weise Beschränkung aufzulegen. Kann ein Kurzsichtiger mit seinen Gläsern seinen Beruf ausfüllen und macht er keine besonderen Ansprüche auf ein Weitsehen, so soll man ihm nicht zur Operation rathen, da der immerhin mögliche Verlust des Auges durch die Operation noch viel trauriger ist, als z. B. der Verlust eines staarblinden Auges. Darum soll auch nicht die Höhe der Dioptrien maassgebend für die Operation sein. Netzhautablösung trat in keinem operirten Auge ein, ein paar Mal nur Vorfall der Iris, die abgetragen wurde. Lamhofer (Leipzig).

480. **Beitrag zur Casuistik der Myopieoperationen**; von Dr. W. Zimmermann in Stuttgart. (Sond.-Abdr. aus d. ophthalmol. Klinik Nr. 13. 1899.)

Dem Beispiele Schreiber's folgend, auch unglückliche Erfahrungen bei der neuen Operation kurzsichtiger Augen aufrichtig mitzutheilen, berichtet Z. ausführlich über einen von ihm operirten Kurzsichtigen, bei dem nach der Discission des Nachstaares ein sehr schweres Glaukom ausbrach, dessen Erscheinungen trotz Schmierkur (der Kr. war nie inficirt) und wiederholter Iridektomie nicht ganz zurückgingen, bis sehr starke Gaben von Jodkalium eine dauernde Besserung bewirkten.
Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

481. **Ueber Soson, ein aus Fleisch hergestelltes Eiweisspräparat**; von R. O. Neumann. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40. 1899.)

Soson (ein geruchloses Eiweisspräparat) hat einen Stickstoffgehalt von 14.71%, was, falls der Stickstoffgehalt dem Eiweiss entspricht, einen Eiweissgehalt von 92.5% bedeutet, ein abnorm hoher Werth.

N. stellte mit dem Präparate einen Stoffwechselversuch an sich selbst an. An den 9 Versuchstagen wurden 75% der Tageseiweissmenge durch Soson ersetzt. In der Vor- und Nachperiode bestand nahezu Stickstoffgleichgewicht; die Stickstoffwerthe des Harns der Sosonperiode sind die gleichen wie die der Vor- und Nachperiode; das Sosoneiweiss ist also ebenso assimilirbar wie das Fleischeiweiss. Die Stickstoffausscheidung im Koth ist in der Sosonperiode deutlich vermehrt, gegenüber den Werthen der Vor- und Nachperioden; es zeigt also das Sosoneiweiss eine etwas geringere Ausnutzbarkeit als das Fleischeiweiss. Das Präparat kann längere Zeit ohne Widerwillen genommen werden und ist billiger als Fleisch.

W. Straub (Leipzig).

482. **Ueber Tropon**; von Dr. H. Lichtenfeld. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42. 1899.)

Nach zahlreichen Analysen, einem Ausnutzungversuch und dem in der Literatur bekannt Gegebenen stellt L. das Tropon sehr hoch. Es ist ein im Durchschnitte aus 98.89 Nh in der Trockensubstanz bestehender Eiweisskörper, dessen Ausnutzung augenscheinlich gut ist. „Die volkswirthschaftliche Bedeutung aber besteht darin, dass die Verbrauchsmöglichkeit des Eiweisses durch die Schaffung des Tropons überhaupt erhöht worden ist.“

Dippe.

483. **Experimentelle Untersuchungen über das Conserviren von Fleisch und Fisch mit Salzen**; von Alfred Pettersson in Upsala. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42. 1899.)

In Fleisch- und Fischpräparaten mit weniger als 15% Kochsalz findet eine starke Wucherung von Mikroorganismen statt. Die meisten im Handel befindlichen Präparate enthalten weniger als 15% Kochsalz und es ist daher anzunehmen, „dass Mikroorganismen bei dem Entstehen des specifischen Geschmackes, Geruches, der Consistenz und Farbe dieser Salzconserven die bestimmende Rolle spielen“.

Stäbchen sind empfindlicher als Kokken, sie wachsen schon nicht mehr bei 10—12% Kochsalz. Fisch wird schneller zersetzt als Fleisch und braucht deshalb, um gegen die Fäulniss geschützt zu sein, einen höheren Kochsalzgehalt. Auch bei 15% Kochsalz wuchs in Fisch und Fleisch sehr üppig ein kleiner Sprosspilz, wahrscheinlich die von Wehmer aus Heringslake gezüchtete Salzhefe.

Dippe.

484. **Ueber den Schmutzgehalt der Marktmilch**; von C. Baron. (Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 36. 1899.)

Durch das Centrifugiren der Milch wird ihr Schmutzgehalt nicht ganz beseitigt, noch ungenügender ist ihre bakterielle Reinigung, da die meisten Keime in den Rahm gelangen, sehr viele in der Magermilch bleiben und nur wenige in den Centrifugenschlamm übergehen. Eine bessere Reinigung geschieht durch Filtration, die sich im Grossbetriebe immer mehr einbürgert; am besten haben sich Kiesfilter bewährt, bei denen der Zutritt der Milch von unten her erfolgt. Der Fettgehalt wird durch die Filtration nur um ganz minimale Werthe verringert, etwa um $^1/_3$%. Den meisten Haushaltungen ist filtrirte Milch nicht zugänglich, und es hat daher nicht an Versuchen gefehlt, Familienfilter zu construiren. Für die bakterielle Reinigung sind deren Leistungen nicht ausreichend, sie empfehlen sich aber, weil sie die gröberen Schmutztheile zurückhalten. Bei der behördlichen Ueberwachung des Milchverkehrs ist der Gewinnung, dem Transporte und der Aufbewahrung mehr Beachtung zu schenken als bisher, und die Reinlichkeit der Milch durch die Schmutzprobe zu controliren.

Woltemas (Diepholz).

485. **Keimfreies Trinkwasser mittels Ozon**; von Th. Weyl. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 1. 1899.)

Die Versuche von Ohlmüller, van Ermengem, Tindal und Marmier, das Ozon zur Sterilisirung des Wassers zu benutzen, führten W. dazu, selbst solche Versuche über die keimtödtende Wirkung des Ozons anzustellen. Diese wurden im Laboratorium von *Siemens* und *Halske* mit einer sogenannten kleinen Ozonanlage vorgenommen. Das dazu nöthige Wasser wurde aus dem Tegeler See, der Spree u. s. w. geschöpft und es zeigte sich, dass aktives Ozon (O_3) eine eminent bakterientödtende Kraft besass. (Durch 3—4 mg Ozon wurden alle 3002000 Keime, die in 500 ccm Wasser enthalten waren, vernichtet.) Versuche mit Ozon und Eisen zur Sterilisation von Trink- und Abwässern ergaben, dass diese Combination eine viel energischere Wirkung hatte und der von Eisen und Luft bei weitem überlegen war. Worauf die Wirkung des Eisen-Ozonverfahrens beruht, kann nicht mit Sicherheit angegeben werden. Nach einigen Beobachtungen hat es den Anschein, als wenn Eisen und Ozon sich bei Gegenwart von Wasser unter Bildung von Eisensäure vereinigen, und dass diese Verbindung, beziehentlich die beim Zerfalle der Eisensäure entstehenden Componenten, eine hohe keimtödtende Kraft besitzen.

Durch die Firma *Siemens* und *Halske* wurde auf einem Wassergrundstücke der Firma das erste deutsche Ozonwasserwerk errichtet, das bei 20stündiger Arbeitzeit 80000 Liter ozonisirtes Wasser liefert. W. ist der Meinung, dass die Ozonwasserwerke die Sandfiltration überflügeln werden, da die hygieinischen Gründe sehr zu Gunsten der ersteren sprechen und auch die ökonomische Seite derartigen Einrichtungen günstig ist.

W. schliesst seine Veröffentlichung mit dem Hinweise darauf, dass die Technik der Wassersterilisation mittels Ozon sich bereits auf einer Höhe befindet, die es jeder Stadt, die auf die Versorgung mittels Oberflächenwasser angewiesen ist, zur Pflicht macht, die Ozonmethode zu studiren, bevor sie sich der kostspieligen und stets bedenklichen Sandfiltration zuwendet.

H. Beschorner (Dresden).

486. **Ueber ein einfaches, für den praktischen Arzt bestimmtes Verfahren zur Kleiderdesinfektion mittels Formaldehyds**; von Dr. Alexander v. Rositzky. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42. 1899.)

v. R. hat in einem fest verschlossenen Schranke (die Thürränder wurden durch Wattecylinder gedichtet) Formaldehydlösung versprüht und nachgewiesen, dass man auf diese Weise ohne zu grosse Umstände und Kosten Kleidungstücke sicher desinficiren kann. Genaueres im Originale. Dippe.

487. **Unter welchen Verhältnissen tritt Kohlenoxyd in die Luft bewohnter Räume ein und durch welche Maassregeln wird diese Gefahr beseitigt?** von W. Sachs. (Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXXI. 3. p. 480. 1899.)

Eine gute Zusammenstellung über die in unseren Wohnräumen in Betracht kommenden Quellen von CO und über die Verhütung von Vergiftungen durch dieses. Woltemas (Diepholz).

488. **Kohlenoxydgasvergiftung durch einen Gasbadeofen**; von Schäfer. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 3. F. XVIII. 1. p. 123. 1899.)

Sch. theilt verschiedene Beobachtungen über die Gefährlichkeit der Gasbadeöfen mit, unter Anderen traten bei ihm selber sehr bedenkliche Erscheinungen einer durch einen derartigen Ofen verursachten Kohlenoxydvergiftung auf.

Woltemas (Diepholz).

489. **Ueber das „Oedem" der Kehlkopfeingangsfalten in Wasserleichen**; von M. Richter. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 25. 1899.)

Bei manchen Wasserleichen findet sich ein Oedem der Kehlkopfeingangsfalten, und es ist mehrfach behauptet, von anderer Seite wieder bestritten worden, dass dieses sich für die Diagnose des Ertränkungtodes verwerthen lässt. Zur Entscheidung der Frage stellte R. Versuche mit Kinderleichen an, die mit dem Kopfe nach abwärts in fliessendes Wasser getaucht wurden. Von 18 derartigen Leichen zeigten 8 nach einer Versuchsdauer von 1—4 Tagen ein deutliches Oedem der Kehlkopfeingangsfalten, das zuweilen so beträchtlich war, dass sich die Wülste in der Mittellinie berührten. Bei anderen Leichen zeigte sich selbst nach 6 Tagen keine Spur einer Quellung. Aehnlich waren die Befunde an ausgeschnittenen Kehlköpfen und an Wasserleichen. Das Oedem der Kehlkopfeingangsfalte ist daher als blosse Leichenerscheinung zu betrachten, und spricht eben so wenig wie die anderweitigen an Wasserleichen beobachteten Quellungerscheinungen für den Ertränkungtod. Weshalb es sich bei manchen Leichen selbst bei tagelangem Aufenthalte im Wasser nicht bildet, bleibt unaufgeklärt. Woltemas (Diepholz).

490. **Ueber die Gesundheitsverhältnisse der Metallschleifer im Kreise Solingen**; von Dr. Moritz u. Dr. Röpke. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 231. 1899.)

Die Hauptschädlichkeit für die Schleifer ist der bei der Arbeit in grossen Mengen entstehende Staub, die Sterblichkeit unter ihnen an Lungenkrankheiten ist erheblich, besonders bei den Trockenschleifern. M. und R. berichten über das Ergebniss der Untersuchung von 1250 Schleifern, von diesen hatten als Folge der Staubinhalation 292 Atrophie der Nase, 602 Kehlkopfkatarrhe, 150 Lungenkrankheiten. Von den lungenkranken Schleifern ist etwa $^{1}/_{3}$ als tuberkulös zu betrachten. Als hygieinische Maassregeln kommen in Betracht Beseitigung des Staubes, Sauberkeit, Bekämpfung des Alkoholmissbrauches, Regelung der Arbeitzeit und genügend langes Fernbleiben vom Berufe beim Beginne von Lungenkrankheiten.

Woltemas (Diepholz).

491. **Om helso-och skjukvården i Upsala stad 1895—1898**; af Ernst Bolin. (Upsala läkarefören. förhandl. N. F. III. 3. s. 135. 1897; IV. 2 o. 3. s. 179. 1898; IV. 8 o. 9. s. 607. 1899.)

Der Verbrauch an Wasserleitungwasser betrug in den 4 Jahren 1895—1898 708246, 693979, 804299 und 792418 cbm im Laufe des ganzen Jahres, 91.5, 88.6, 97.9 und 94.8 Liter für den Tag und die Person berechnet.

Die Abfuhr der Fäkalien, des Kehrichts und der Hausabfälle wird durch Unternehmer besorgt.

Die Untersuchung im Bureau für Fleischbeschau wurde im Jahre 1895 in 92 Fällen angeordnet, in 2 Fällen wegen Milzbrand, in 18 Fällen wegen Tuberkulose, in 27 Fällen wegen Rothsucht. Von 199 Fällen, in denen im Jahre 1896 Fleischuntersuchungen stattfanden, wurde in 171 Fällen die Waare als unbrauchbar zur Ernährung für Menschen erkannt, in 28 Fällen als geniessbar; als ungeniessbar kassirt wurden die Fleischwaaren in 22 Fällen wegen Tuberkulose, in 11 Fällen wegen Rothsucht, in 1 Falle wegen Milzbrand. Im Jahre

1897 wurden bei 236 Untersuchungen die Fleischwaaren in 26 Fällen geniessbar, in 200 Fällen ungeniessbar befunden, in 34 Fällen war der Grund Tuberkulose, in 9 Fällen Rothsucht, in 12 Fällen Septikämie. Unter 436 Untersuchungen im Jahre 1898 wurde in 20 Fällen die Waaren geniessbar, in 416 Fällen ungeniessbar befunden, darunter in nicht weniger als 150 Fällen wegen Tuberkulose, in 33 Fällen wegen Septikämie.

Die Untersuchung auf Trichinen fiel im Jahre 1895 bei der Untersuchung von 2267 ganzen, 1991 halben Schweinen und 734 Stücken nur 1mal positiv aus; im Jahre 1896 bei der Untersuchung von 2293 ganzen, 2020 halben Schweinen und 739 Stücken 2mal; im Jahre 1897 fanden sich keine Trichinen in 1896 ganzen, 1925 halben Schweinen, auch im Jahre 1898 fanden sich keine Trichinen, untersucht wurden 1630 ganze und 1925 halbe Schweine.

Die Milchuntersuchungen ergaben im Jahre 1896 und 1898 einen Fettgehalt der nicht abgerahmten Milch, der zwischen 4.5 und 2.7, bez. 4.30 und 2.00%, wechselte, bei der mit der Hand abgerahmten zwischen 1.5 und 0.5, bez. 1.00 und 0.20% wechselte, bei der separirten betrug er ungefähr 0.1%.

Die Einwohnerzahl betrug in den 4 Jahren 21153, 21457, 22500, 22890; geboren wurden 490, 474, 497, 485, die Nativität betrug also 23.2, 22.1, 22.1, 21.2‰ der Einwohnerzahl. Es starben 293, 305, 391, 302 = 13.9, 14.2, 17.4, 13.6‰ der Einwohner, davon standen im 1. Lebensjahre 50, 49, 76, 35 oder 17.1, 16.1, 19.4, 11.6% der Gestorbenen, 10.2, 10.5, 15.2, 7.2% der Geborenen. Das Mittel der Sterblichkeit aus den Jahren 1887 bis 1896 betrug 16.7‰.

An *Tuberkulose* im Allgemeinen starben 55.56, 62.58 oder 18.8, 18.4, 15.8, 19.2% aller Gestorbenen, an Lungentuberkulose 39, 45, 51, 45 = 13.3, 14.8, 13.0, 14.9% aller Gestorbenen. An *Pneumonie* und *Pleuritis* starben 39, 26, 56, 36 = 13.3, 8.5, 14.3, 11.9% der Gestorbenen. In den Jahren 1895 und 1896 nahmen auch die Krankheiten der Cirkulationorgane (10.2 und 11.8%) und die entzündlichen Krankheiten des Magendarmkanales (8.5 und 7.5%, überwiegend bei Kindern) eine hervorragende Rolle ein. An Krebs starben in allen 4 Jahren 15 (5.1%), 33 (10.8%), 39 (fast 10%), 29 (9.6%).

Masern kamen von 1895—1898 in den einzelnen Jahren zur Anmeldung 20, 687 (15 †), 157 (1 †), 8 (2 †) Fälle. Die epidemische Häufung der Masernerkrankungen im Jahre 1896 dauerte vom Januar bis Mai und hatte ihren Höhepunkt im März; vom August bis December kam keine Erkrankung an Masern vor; dagegen trat eine neue Epidemie in den letzten 2 Monaten des J. 1897 auf, während in den anderen Monaten dieses Jahres keine Erkrankungen vorgekommen waren, mit Ausnahme des Mai, in dem 4 Fälle gemeldet wurden; die neue Epidemie hatte ihren Höhepunkt im October; im Januar bis März 1898 kamen nur noch vereinzelte Fälle vor.

Scharlachfieber kam nur sporadisch vor, ohne bemerkenswerthe Anhäufung der Fälle: 41 (2 †), 20, 23 (1 †), 40 (2 †) Fälle, ebenso *Abdominaltyphus:* 23 (2 †), 24 (2 †), 20 (3 †), 15 (1 †) Fälle. Von *Cholera nostras* und *Cholera infantum* sind nur im Jahre 1895 2 Fälle erwähnt, beide mit tödtlichem Ausgange.

Parotitis war epidemisch in den ersten 5 Monaten des Jahres 1895 und kam später nur in vereinzelten Fällen vor, angemeldet wurden in den 4 Jahren 250, 5, 15, 20 Fälle. Von *Keuchhusten* wurden angemeldet 2, 27, 320 (20 †), 29 (2 †) Fälle; die Epidemie, die im Jahre 1897 auftrat, bestand hauptsächlich in der ersten Hälfte des Jahres und hatte ihren Höhepunkt im März (75 Erkrankungen mit 3 Todesfällen).

Die *Influenza,* die seit ihrem ersten Auftreten im Jahre 1889 heimisch geworden war, trat im Spätherbst 1894 wieder häufiger auf (im Januar bis April 95, 76, 65, 37 Fälle), nahm dann vom Mai (2 Fälle) rasch ab, im Juni bis September wurden keine Erkrankungen angemeldet, im October bis December traten wieder einzelne Fälle auf, sie nahm dann im März (214 F.) und April (106 F.) 1896 wieder epidemische Form an, dann kamen wieder vereinzelte Fälle vor (im August keiner), im December 1896 begannen die Erkrankungen wieder häufiger zu werden, im Januar 1897 erreichte die Erkrankungfrequenz ihre Höhe und nahm dann langsam ab, vom August bis October wurde kein Fall angemeldet. Im Januar 1898 zeigte die Influenza eine geringere Ausbreitung als in irgend einem der vorhergehenden Jahre seit 1889, eine ganz geringe Steigerung kam nur im März, April und Mai 1898 vor (13, 15, 12 Fälle). Die Zahl der in den einzelnen Jahren von 1895 bis 1898 angemeldeten Fälle betrug: 306 (5 †), 446 (3 †), 188 (2 †), 63 (2 †).

Von *Diphtherie* wurden in den 4 Jahren gemeldet 1, 2, 5 (2 †), 24 (5 †) Fälle. Die Erkrankungen häuften sich in der letzten Hälfte des Jahres 1898. In einem Falle war die Ansteckung mit Wahrscheinlichkeit durch Berührung in der Schule erfolgt.

Von *Puerperalfieber* wurde nur im Jahre 1895 1 Fall gemeldet. *Wechselfieber* wurde gemeldet in 7, 22, 7, 4 Fällen, *Pneumonie* und *Pleuritis* in 145 (39 †), 157 (26 †), 123 (56 †), 119 (36 †) Fällen. *Katarrhe* und *Entzündungen der Luftwege* kamen vor in 1107 (8 †), 1067 (9 †), 1027 (14 †), 906 (4 †) Fällen, von *Entzündungen des Magendarmkanales* wurden 643 (23 †), 683 (15 †), 480 (11 †), 450 (10 †) angemeldet. Die übrigen Krankheiten zeigten in ihrer Frequenz und ihrem Verhalten keine besonderen Abweichungen von den gewöhnlichen Verhältnissen.

Walter Berger (Leipzig).

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

VII. Ueber Pocken und Pockenimpfung.[1])

Von Dr. Woltemas in Diepholz.

I. Pocken.

1) Arnaud, F., La variole hémorrhagique, ses causes, sa nature, ses lésions viscérales. Revue de Méd. XIX. 3. 4. p. 169. 303. 1899.

2) Hervieux, La variole en Indo-Chine. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 28. p. 61. Juillet 1899.

3) Dingle, Ch. V., A short account of the Middlesbrough small-pox epidemic 1897—1898. Lancet April 23. 1898.

4) Small-pox in Middlesbrough, Kentucky, U. S. A. Lancet April 23. 1898.

5) Hoerschelmann, E., Zur Behandlung der Variola mit Ichthyol. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XV. 32. 1898.

6) Lindsay, W. J., On antistreptococcic serum in the treatment of small-pox. Brit. med. Journ. May 13. 1899.

7) Thomson, R. S., and J. Brownlee, Observations on an infectious disease in Lascars having close relations with variola and varicella. Lancet Oct. 22. 1898.

In der Marseiller Epidemie von 1891—1896 behandelte Arnaud (1) im Hôpital de la Conception 756 pockenkranke Frauen, von denen 63 an der hämorrhagischen Form litten. In der Männerabtheilung wurde letztere in dieser Zeit bei 54 unter 772 Pockenkranken beobachtet, so dass sich ihr häufigeres Auftreten bei Frauen auch hier wieder bestätigt. Die Hälfte der Erkrankten stand im Alter von 20—30 Jahren, das grösste Contingent danach lieferte bei den Männern das Decennium von 30—40 Jahren (Alkoholismus), bei den Frauen das von 40—50 Jahren (Menopause). Die jüngeren Altersklassen erkranken seltener; zieht man aber nur die Ungeimpften in Betracht, so treten die hämorrhagischen Pocken bei Kindern eben so häufig auf wie bei Erwachsenen. Von den 63 Erkrankten genasen nur 7, darunter eine Ungeimpfte.

Unter den prädisponirenden Ursachen fanden sich Alkoholismus bei 2 Frauen, Schwangerschaft oder Puerperium bei 12, ferner waren Menstruation, Menopause und eine Reihe pathologischer Zustände von Einfluss. Die *Impfung* gewährt einen entschiedenen Schutz, wenn sie nicht zu lange Zeit zurückliegt, die scheinbaren Ausnahmen betreffen Personen, die in ihrer Widerstandsfähigkeit geschwächt und besonders für die hämorrhagische Form disponirt sind. Am besten ergiebt sich das, wenn man die Erkrankten nach ihrem Impfzustand in verschiedene Gruppen theilt:

1) *Geimpft* und *wiedergeimpft* waren 3 Frauen. Die eine stand im Alter von 26 Jahren, war 1 Jahr vor ihrer Erkrankung mit Erfolg wiedergeimpft, litt aber seit $2^1/_2$ Jahren an einem Mitralfehler, der schon mehrfach Compensationstörungen hervorgerufen hatte, bei der Obduktion fand sich ferner Tuberkulose beider Lungenspitzen. Die zweite, 29jähr. Kranke war mit 8 Jahren wiedergeimpft und befand sich im 7. Monate der Schwangerschaft, nach Ausstossung eines todten Kindes erfolgte der Tod der Mutter. Die dritte Kranke befand sich wegen einer alten Paraplegie im Krankenhause und bekam hier Variola. Sie war 42 Jahre alt und der Impfschutz daher sehr abgeschwächt.

2) *Vor weniger als 20 Jahren geimpft* waren 2 Frauen, die beide starben; die eine litt an Alkoholismus und starker Albuminurie, bei der anderen ergab die Obduktion alte Nephritis, fibröse chronische Splenitis, Fettherz, beginnende Lebercirrhose.

3) *Vor mehr als 20 Jahren geimpft* waren 24 Frauen, von diesen waren nur 3 ohne physiologische oder pathologische Belastung; Schwangerschaft bestand in 5, Menstruation oder Menopause in 6 Fällen, verschiedene pathologische Zustände (Herzfehler, Nephritis, Malaria, Syphilis, Alkoholismus, Lungentuberkulose) lagen bei 20 Kranken vor.

4) *Zweifelhafter Impfzustand* war 7mal vorhanden, dabei bestanden 6mal prädisponirende Momente (2mal Schwangerschaft, 1mal Menstruation, 1mal Malaria, 2mal Lungentuberkulose).

5) *Ungeimpft* waren 27 Frauen, unter ihnen lagen 3mal Schwangerschaft vor, 1mal Schwangerschaft mit Herzfehler, 2mal Menstruation oder Menopause, 7mal verschiedene pathologische Zustände (Nephritis, Syphilis, Pleuritis, kurz vorhergegangene Masern, beginnende Tuberkulose). Die übrigen 14 Frauen waren ohne physiologische oder pathologische Belastung und wären durch eine Impfung wahrscheinlich vor dieser schweren Pockenform bewahrt geblieben.

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLX. p. 186.

Auf die *klinischen* Erscheinungen geht A. nicht ein, er hebt nur als ein besonders früh auftretendes prognostisch wichtiges Zeichen eine Schwellung und bläuliche Verfärbung des oberen Augenlides, besonders an seinem freien Rande, hervor. Ob die hämorrhagische Form durch erhöhte Virulenz des Pockenerregers oder durch Mischinfektion entsteht, lässt sich nicht entscheiden; von besonderer Wichtigkeit ist die Disposition des Kranken. Specifische Organveränderungen werden nicht hervorgerufen; es finden sich nur solche, die auch bei der gewöhnlichen Form der Pocken beobachtet werden.

In dem französischen *Indo-China* richten nach einem von Hervieux (2) mitgetheilten Berichte des Dr. Simond, Vorsteher des Pasteur'schen Instituts in Saïgon, die Pocken fortgesetzt grosse Verheerungen an und die Impfung macht nur langsam Fortschritte.

In der englischen Stadt *Middlesbrough* wurde der erste Pockenfall am 22. November 1897 angezeigt, die Ansteckung war wahrscheinlich durch den Schiffsverkehr mit Bilbao vermittelt. Anfangs schlossen sich nur wenig Erkrankungen an und Ende December glaubte man schon der Seuche Herr geworden zu sein. Am 31. December starb ein Irländer, dessen Krankheit nicht zur Kenntniss gekommen war, an Pocken; an der Leichenwache hatten Dutzende von Personen theilgenommen und von dieser Quelle aus erfolgte rasch eine grössere Ausbreitung. Am 6. Februar 1898 wurden 37 Fälle gemeldet, am 8. Februar 75, im Ganzen bis zum 31. März 1200, von denen 166 tödtlich endeten. Middlesbrough ist eine Stadt mit gutem Impfwesen; nach Dingle's (3) Berechnung befanden sich unter den etwa 90000 Einwohnern beim Beginne der Epidemie nur 1682 Ungeimpfte, dagegen war die Wiederimpfung sehr vernachlässigt worden, nur etwa der fünfte Theil der Einwohner war zu irgend einer Zeit seines Lebens wiedergeimpft worden, so dass der Impfschutz der Bevölkerung nicht ausreichte, die Ausbreitung der Epidemie zu verhindern.

Es waren anfangs 14 Betten für Pockenkranke vorhanden, die Gesundheitbehörde verfügte sofort den Bau einer Baracke und liess einstweilen 4 Krankenzelte aufstellen, nun weigerten sich aber die beim Bau der Baracke, in deren Nähe die Zelte standen, beschäftigten Arbeiter weiter zu arbeiten, so dass man von der Benutzung der Zelte absehen musste. Bis zum 6. Februar hatte man alle Erkrankten isoliren können, dann wurde das unmöglich und man musste einen Theil in den Wohnungen lassen. Der Barackenbau schritt so schnell fort, dass vom 3. März ab wieder alle Kranken isolirt werden konnten, zuletzt waren 822 Betten verfügbar, die grösste Belegungziffer war 573. Die Kranken befanden sich in 22 Baracken, während das ursprüngliche Pockenspital nur für Verwaltungzwecke benutzt wurde, ferner waren eine Desinfektionanstalt, ein Wohnhaus für 2 Aerzte und den Geistlichen, Gebäude für Küchen, Wäschereien u. s. w. errichtet worden. Die Häuser, in denen Erkrankungen vorgekommen waren, wurden desinficirt und es wurden unentgeltliche Impfungen in zwei öffentlichen Stationen und in den Häusern vorgenommen.

Das Verhältniss der Mortalität zum Impfzustand der Erkrankten geht aus folgender Tabelle hervor:

Alter	geimpft	davon gestorben	ungeimpft	davon gestorben
unter 5 J.	9	1	20	10
5—10 „	32	—	33	14
10—15 „	99	2	18	3
15—25 „	384	19	25	13
25—60 „	501	64	73	38
über 60 „	3	1	3	1
	1028	87	172	79

Von dem ungeimpften Theil der Bevölkerung erkrankten also 20.2%, von dem geimpften 1.1%, und die Sterblichkeit betrug bei den Ungeimpften 45.93%, bei den Geimpften 8.46%. Von den 56 wiedergeimpften Erkrankten starb nur ein 26jähr., vor 13 Jahren wiedergeimpfter Mann.

Die Epidemie in *Middlesbrough* in Kentucky (4) hat Interesse wegen der unglaublichen Zustände, die sie im Gefolge hatte. Middlesbrough ist eine tief verschuldete Stadt von 4200 Einwohnern, als die Epidemie ausbrach waren nicht die geringsten Mittel zu ihrer Bekämpfung vorhanden, nicht einmal zur Bezahlung von Aerzten und Krankenwärtern. Die Gesundheitbehörde von Kentucky verhängte eine Quarantäne über die Stadt, die zu ihr führenden Strassen wurden Tag und Nacht bewacht und keiner durfte hinein oder heraus, ausserdem wurden Zwangsimpfungen angeordnet. Die Grafschaft, zu der die Stadt gehört, ist ebenfalls verschuldet und weigerte sich Mittel zu bewilligen, so dass die Gesundheitbehörde zu der Drohung schreiten musste, die ganze Grafschaft unter Quarantäne zu stellen. Zahlreiche Ortschaften der Umgebung schützten sich durch „Flintenschuss-Quarantäne“ und liessen keine Fremden ein.

Hoerschelmann (5) sah in einem Pockenfalle gute Erfolge von Pinselungen mit 20proc. Ichthyolcollodium. Er citirt eine russische Arbeit von Kolbassenko, der eine Reihe von Pockenkranken vom Beginn der Eruption bis zur Abstossung der Borken 3mal täglich mit Einpinselungen des ganzen Körpers oder der ergriffenen Stellen, je nach der Stärke des Exanthems, mit Ichthyolsalben behandelte. Die Einpinselungen wurden stets gut vertragen, auch von Kindern, und bewirkten eine Begrenzung der Eiterung, sowie die Beschleunigung der Eintrocknung und Abstossung der Borken. Es kommt theils die Fernhaltung der chemischen Lichtstrahlen durch die Schwarzfärbung der Haut, theils die specifische Wirkung des Ichthyols zur Geltung.

Lindsay (6) lobt die Anwendung von Antistreptokokkenserum in schweren Pockenfällen.

Beim Beginne des pustulösen Stadium wurden 10 ccm unter die Bauchhaut injicirt und dies wurde in Zwischenzeiten von 24 Stunden bis zu 3mal wiederholt.

Eine eigenthümliche Epidemie (7) wurde unter dem indischen Theil der Besatzung eines Dampfschiffes, das von Calcutta nach Glasgow gekommen war, beobachtet. Der erste Fall war schon während der Reise vorgekommen, nach Ankunft des Schiffes in Glasgow erfolgten in Gruppen weitere Erkrankungen, die einzelnen Gruppen waren durch Zwischenzeiten von 10—15 Tagen getrennt, die der Incubationperiode entsprachen. Im Ganzen erkrankten 16 von den 69 an Bord befindlichen Indiern, während weder unter der europäischen Besatzung, noch unter den Hafenarbeitern, die auf dem Schiffe beschäftigt waren und mit den Indiern in engsten Connex kamen, ein Fall der Krankheit vorkam.

Die auffallendste Erscheinung war ein Exanthem, das vorwiegend aus Papeln bestand. Es trat schon am ersten Krankheittage auf, zuerst im Gesicht und auf dem Rumpf und erreichte hier am zweiten Tage seinen Höhepunkt. Am reichlichsten war es auf dem Rücken entwickelt, spärlicher an den Gliedern, besonders den Beinen, wo es auch später auftrat, die Hohlhände und Fusssohlen blieben stets verschont. Auch auf dem Gaumen und den Rachenwänden waren Eruptionen vorhanden. Die Papeln waren ziemlich gross, hart, anfangs von derselben Farbe wie die umgebende Haut, später dunkelroth. Die meisten Papeln, bei 2 Patienten sämmtliche, hatten keine Tendenz zur Bläschenbildung, sondern verschwanden allmählich, eine Reihe von anderen Papeln ging aber in Bläschen über. In einigen Fällen zeigten sich schon am ersten Krankheittage einige Bläschen, bei denen ein papulöses Vorstadium nicht beobachtet worden war, die meisten Bläschen entwickelten sich aus den Papeln, um die sich vorher eine rothe Areola bildete, die dann bis zur Abtrocknung der Bläschen bestehen blieb. Ihre höchste Entwickelung erreichten die Bläschen nach 28—48 Stunden, die Dauer des Bläschenstadium betrug 36—72 Stunden. Der Inhalt war anfangs klar, später trübe, zur Pustelbildung kam es niemals. Allmählich trockneten die Bläschen ein, nach dem Abfall der Borken hinterblieben etwas vertiefte Narben. Die Krankheit begann mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen, zuweilen mit sehr heftigen Kopf- und Rückenschmerzen, das Fieber verlief remittirend mit Temperaturen von 38—40°, hielt 3—6 Tage an und löste sich allmählich. Alle Fälle gingen in Genesung über.

Anfangs wurde die Krankheit als pockenverdächtig behandelt, jedoch sprach ausser dem Krankheitverlauf und dem Charakter des Exanthems noch der Umstand gegen Pocken, dass die Kranken theils Pocken gehabt hatten, theils vor Kurzem geimpft waren, theils während ihrer Reconvalescenz mit Erfolg geimpft wurden. Auch um Varicella konnte es sich nicht handeln, wahrscheinlich lag eine specifische Infektionkrankheit vor, wie sie ähnlich 1866 auf Jamaika beobachtet wurde.

[Hansen, Sören, Köbenhavns kommunale Vaccination 1874—1896. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 30. 1899.

Im Jahre 1872 wurde nach Sören Hansen Kopenhagen von einer der schlimmsten Pockenepidemien seit der Einführung der Impfung heimgesucht, 2762 Fälle (mehr als 14‰ der damaligen Bevölkerung) wurden angemeldet mit 219 Todesfällen. Nachdem sich bis 1874 eine Abnahme gezeigt hatte, steigerten sich die Pockenfälle im Jahre 1875 wieder bis zu 1672 mit 190 Todesfällen; 387 Erkrankungsfälle fielen in die letzten 16 Wochen des Jahres; die Zahl der Erkrankungen stieg noch bis zum März 1876, zu welcher Zeit in einer einzigen Woche 86 Fälle angemeldet wurden, dann erfolgte eine bedeutende Abnahme, doch immer mit einzelnen Exacerbationen, in den Jahren 1886, 1887, 1888, 1889, 1892, 1895 und 1898 kamen keine Pockenfälle vor.

Backman, Herman, Om Variola vera och de kemiska strålorna. Finska läkaresällsk. handl. XL. 5. s. 486. 1898.

Im Epidemiekrankenhause zu Viborg wandte Backman im Jahre 1894 in 62 Fällen von Pocken der schwersten Art die von Finsen zuerst empfohlene Behandlung im rothen Lichte mit Ausschluss der chemischen (violetten) Strahlen an. Von diesen 62 Kranken starben 7 (3 Erwachsene an Pneumonie und 4 Kinder, von denen eins $1^1/_2$, eins 1 Jahr alt war, 2 waren 8 Monate alt), in den übrigen Fällen war der Erfolg der Behandlung sehr gut, das Suppurationstadium verlief schnell und leicht, Narben blieben nicht zurück. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 19.5 Tage.

Abel, S., Dr. *Finsen's* behandling af smittkoppor medels uteslutande af ljusets kemiska strålor. Eira XXII. 2. s. 46. 1898.

Im Epidemiekrankenhause zu Bergen ist Finsen's Methode seit 1893 ununterbrochen in Anwendung gekommen und 23 Pockenkranke sind seitdem auf diese Weise behandelt worden; 15 von diesen Fällen betrafen leichtere Formen und in ihnen wurde die Behandlung nicht ganz so streng durchgeführt, wie in den 8 schweren Fällen. Suppuration und sekundäres Fieber blieben in allen Fällen aus bis auf einen, in dem bei einem sehr spät Aufgenommenen am 10. Tage starke Temperaturerhöhung auftrat, die jedenfalls als Resorptionfieber zu betrachten war und nur 3 Tage dauerte. Die Ergebnisse der Behandlung waren vorzüglich, nur die Narbenbildung wurde nicht ganz verhindert, freilich waren die Pat. immer sehr spät zur Aufnahme gekommen.

Walter Berger (Leipzig).]

II. Kuhpocken.

8) Manke, Varioloiden nach Infektion mit originären Kuhpocken. Ztschr. f. Med.-Beamte XI. 24. p. 773. 1898.

Die von Manke (8) beobachtete Uebertragung von Kuhpocken zeichnete sich dadurch aus, dass sie nicht nur eine örtliche Reaktion, sondern einen ausgebreiteten Ausschlag zur Folge hatte.

Sie betraf 2 Mädchen von 14 und 20 Jahren, beide geimpft und im 12. Jahre mit Erfolg wiedergeimpft, die sich beim Melken an ihren aufgesprungenen Händen inficirt hatten. Bei den Kühen waren die streng auf den Euter beschränkten Pocken, für die eine Quelle nicht auszumitteln war, am 15. Oct. bemerkt worden; am 21. Oct. standen sie auf ihrem Höhepunkte. Am 24. Oct. zeigten sich bei dem älteren Mädchen an den Händen die ersten Pocken, in den nächsten Tagen traten Nachschübe auf beiden Vorderarmen auf. Am 5. Nov. bildete sich unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen ein neuer Nachschub im Gesichte und an den Oberarmen, auf der Conjunctiva palpebrarum und auf den Lippen bestanden vereinzelte kleine Eruptionen, die Mundschleimhaut war stark geröthet. Bei dem jüngeren Mädchen traten die ersten Pockenbläschen an den Händen Ende October auf, sie zeigten grosse Neigung zum Confluiren. Am 11. Nov. entwickelte sich im Gesichte, am Halse und am Nacken unter leichtem Fieber ein masernartiges Exanthem, auf dem sehr dicht stehende kleine Bläschen aufschossen, gleichzeitig zeigten sich neue Pusteln in der Hohlhand und an den Ohren. Die Abheilung im Gesichte zog sich bis in den December hinein. Narben blieben nicht zurück.

Die Bezeichnung „Varioloiden" scheint dem *Ref.* recht unglücklich gewählt zu sein, sie muss für die milde Form der Variola reservirt bleiben. Sehr zu bedauern ist, dass mit dem Inhalte der Blasen keine Impfversuche angestellt wurden.

III. Varicella.

9) Sykes, W., On the incubatory period in varicella or chicken-pox. Brit. med. Journ. Jan. 14. 1899.

10) Desoil, P., Varicelle et irritation. Echo méd. du Nord III. 17. p. 193. 1899.

In einer Varicellen-Epidemie konnte Sykes (9) die Incubationdauer bei einer Reihe von Kindern mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit bestimmen; von der Ansteckung bis zum Ausbruche des Exanthems verliefen 1mal 6 Tage, 1mal 7 Tage, 1mal 11 oder 12, 6mal 14 oder 15, 1mal 15 oder 16, 2mal 19 Tage.

Desoil (10) bringt einige Belege für den ungünstigen Einfluss, den Hautreize auf den Verlauf der Varicellen haben.

Ein 3jähr. Kind wurde im Prodromalstadium von seinen Eltern auf dem Rücken mit Jodtinktur gepinselt, das Exanthem trat hier besonders früh auf, die Bläschen wurden pustulös und es kam zu einer langwierigen Eiterung, die das Kind sehr herunterbrachte. Bei einem anderen Kinde hatte ein im Prodromalstadium gegebenes Senfbad eine besonders reichliche Eruption mit Pustelbildung zur Folge.

D. führt noch einige ähnliche Beobachtungen an.

IV. Impfberichte und Organisation der Impfung.

11) Voigt, L., Bericht über die im Jahre 1898 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 107. 1899.

12) Stumpf, C., Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1897. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 51. 52. 1898.

13) The vaccination bill. Brit. med. Journ. July 30. 1898.

14) Bond, F. T., Vaccination with special reference to prospective legislation. Lancet Aug. 20. 1898.

15) The number of conscientious objectors. Brit. med. Journ. Jan. 14. 1899.

16) Abel, R., Ueber den Stand der Schutzpockenimpfung in England. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 3. p. 507. 1899.

17) Vital and vaccination statistics in Scotland. Lancet April 23. 1898.

18) Hervieux, Rapport sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XL. 28. p. 9. 1898.

19) Hervieux, Derselbe Bericht für das Folgejahr. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XLI. 19. p. 485. 1899.

20) Saint-Paul, G., Quelques réflexions sur la vaccination et sur la prophylaxie en Tunisie à propos d'une épidémie de variole au pays de Gafsa (1897). Ann. d'Hyg. publ. etc. 3. S. XLI. 1. p. 40. Janv. 1899.

In *Bayern* (12) wurde im Jahre 1897 die Erstimpfung an 150942 impfpflichtigen Kindern vollzogen, die Zahl der Fehlerfolge betrug 3075 = 2%, die Zahl der während des Geschäftsjahres geborenen und mit Erfolg geimpften Kinder 12268. Ungeimpft blieben 13858, darunter 1050 wegen vorschriftswidriger Entziehung. Wiedergeimpft wurden 122919 Kinder, davon 2292 = 1.9% ohne Erfolg, vorschriftswidrig der Wiederimpfung entzogen wurden 238. Bei den Heeresimpfungen wurde ein Gesammterfolg von 93% erzielt. Die vereinzelten Fälle von Impfexanthemen, reaktiven Entzündungen und Erysipel liefen alle günstig ab, ohne dass es zu bleibenden Nachtheilen kam.

Die Münchener Impfanstalt hatte bisher fast ausschliesslich mit Retrovaccine gearbeitet, kleinere Versuche, rein animale Lymphe zu erzielen, waren in den Vorjahren stets fehlgeschlagen. Im Berichtsjahre wurde ein solcher Versuch im grösseren Maassstabe angestellt, indem von den 90 benutzten Impfkälbern 62 mit reiner Thierlymphe geimpft wurden, die theils in der eigenen Anstalt gewonnen, theils aus den Anstalten in Karlsruhe und Genf bezogen war. Ausserdem wurden 3 Thiere mit Variolastoff geimpft, mit gänzlich negativem Resultate. Die Impfung mit der animalen Lymphe schlug bei allen Thieren an, nicht selten wurden sogar quantitativ bedeutende Erfolge erzielt, die Qualität der gewonnenen Lymphe war aber unbefriedigend. Bei nicht weniger als 22 Thieren war sie so schlecht, dass sie gar nicht zur Verwendung kommen konnte, weil sie theils gänzlich versagte, theils schlechte Pusteln zu Stande brachte. Aber auch die bei den übrigen Kälbern erzielte Lymphe stand in ihrer Wirksamkeit der sonst gewonnenen nach, dementsprechend war denn auch die Zahl der Fehlerfolge bei den Impfungen bedeutend grösser als in den Vorjahren und auch die nicht selten beobachtete verspätete Entwickelung der Impfpusteln hängt wohl mit der geringen Virulenz der Lymphe zusammen. Eine Besserung der Impferfolge trat erst ein, nachdem

man wieder zur Züchtung von Retrovaccine übergegangen war.

Am 1. Januar 1899 ist die Novelle zum *englischen Impfgesetze* in Kraft getreten (11. 13—16). Ihre wichtigsten Bestimmungen sind: 1) Die Impfung soll innerhalb der ersten 6 Lebensmonate des Kindes vollzogen werden, während die Frist bisher 3 Monate betrug. 2) Auf Verlangen der Eltern oder Vormünder soll der Impfarzt die Impfung im Hause des Impflings vornehmen. 3) Wenn das Kind innerhalb der ersten 4 Lebensmonate nicht geimpft ist, soll der Impfarzt nach vorheriger Benachrichtigung die Familie aufsuchen und die Impfung mit animaler Lymphe anbieten. 4) Wenn der Impfarzt die sanitären Verhältnisse im Hause des Impflings für bedenklich hält, soll er die Impfung aufschieben und die Gesundheitbehörde von dem Aufschube benachrichtigen. 5) Wenn der Vater oder Vormund eines impfpflichtigen Kindes innerhalb der ersten 4 Lebensmonate desselben zwei Richter oder Polizeibeamte davon überzeugt, dass er nach seinem Gewissen glaubt, die Impfung würde nachtheilig für die Gesundheit des Impflings sein und die darüber ausgestellte Bescheinigung innerhalb 7 Tagen dem Impfbeamten einreicht, so kann er wegen Unterlassung der Impfung nicht bestraft werden. 6) Die Wiederholung eines Strafverfahrens wegen vorschriftwidriger Impfentziehung kann erst stattfinden, wenn das impfpflichtige Kind 4 Jahre alt geworden ist. 7) Zu Gefängnissstrafen verurtheilte Personen sollen als „Häftlinge erster Klasse“ behandelt werden. 8) In Schottland und Irland hat die Novelle keine Gültigkeit, in England und Wales ist sie bis zum 1. Jan. 1904 gesetzkräftig.

Bei der Beurtheilung der Novelle muss man beachten, dass sie keine endgültige Regelung des Impfwesens bringen soll und dass die Bestimmungen der Impfgesetze von 1867, 1871 und 1874 in Kraft bleiben, soweit sie nicht durch die Novelle geändert sind. Der Zweck der Novelle ist, die Impfung bequemer zu machen, die Klasse der Impfmärtyrer aus der Welt zu schaffen und überzeugten Impfgegnern die Möglichkeit zu gewähren, ihre Kinder durch die „Gewissensclausel“ der Impfung zu entziehen, damit soll der Agitation der in England so einflussreichen Impfgegner die Spitze abgebrochen und die Impfung im grossen Publicum beliebter gemacht werden. Wie weit dieser Zweck erreicht werden wird, kann erst die Praxis lehren. Für unsere Anschauungen hat es etwas Befremdendes, die Gültigkeit der Bestimmungen von vorn herein auf 5 Jahre zu beschränken, es ist das aber gar nicht unzweckmässig, da sich in dieser Zeit herausstellen wird, in wie weit sie verbesserungsbedürftig sind. Die Gewissensclausel war im Gegensatze zu den übrigen Theilen der Novelle bereits mit der Annahme des Gesetzentwurfes im August 1898 in Kraft getreten, bis zum Jahresschlusse sind nicht weniger als 275000 durch sie begründete Impfdispense ertheilt worden! Einen Schluss auf die künftige Wirkung der Clausel kann man aus dieser überraschend hohen Zahl nicht ziehen, weil der Dispens in dieser Zeit nicht nur für Kinder in den ersten 4 Lebensmonaten, sondern für ungeimpfte Kinder jeden Alters gegeben werden konnte und es daher an vielen Orten zu einem wahren Ansturme von Impfrestanten kam.

Viel unglücklicher als in ihren Bestimmungen ist die Novelle in ihren Unterlassungen; bei der grossen Erleichterung der Impfung für das Publicum und bei der gegebenen Möglichkeit, dass Jeder sich der Impfung entziehen kann, wäre es doppelt nöthig gewesen, die erheblichen Mängel des englischen Impfwesens zu beseitigen, darin ist aber nichts geschehen. Die ausführenden Organe bleiben nach wie vor die häufig impfgegnerischen Armenräthe, obgleich der Bericht der Impfcommission (vgl. Jahrbb. CCLVI. p. 167) die Uebertragung ihrer Befugnisse auf andere Behörden für nothwendig erklärt hatte. Ferner fehlt eine Controle über die vorschriftsmässige Ausführung der Impfungen, die von Privatärzten vorgenommen werden. Der grösste Mangel ist die Unterlassung der Einführung einer Wiederimpfung. Eine Verbesserung der traurigen englischen Impfzustände darf man sich demnach von der Novelle nicht versprechen.

Günstiger als in England sind die Verhältnisse in *Schottland,* wie die Statistik für 1896 zeigt (17). Nur 3.9% der impfpflichtigen Kinder blieben der Impfung entzogen, in dieser Zahl sind auch diejenigen einbegriffen, die vor der Impfung verzogen, so dass die eigentlichen Impfgegner keine erhebliche Rolle zu spielen scheinen.

Die Zahl der Lehrer und Lehrerinnen, die sich um die Ausbreitung der Impfung in *Frankreich* verdient machen, nimmt langsam zu. Hervieux (18. 19) findet nichts darin, dass viele Lehrer selbst impfen; ein weit gefährlicherer Eingriff, der Aderlass, sei Jahrhunderte lang von Nichtärzten ausgeführt worden.

Die Mittheilungen Saint-Paul's (20) aus einer Impfcampagne in dem tunesischen Distrikt *Gafsa* haben vorwiegend ein lokales Interesse. Er empfiehlt, intelligente Eingeborene im Impfverfahren zu unterrichten und befürwortet die Niederlassung von Aerztinnen, die bei der mohammedanischen Bevölkerung leichter zur Impfung von Frauen und Kindern kommen. Die Zwangsimpfung hält er in Tunis für durchführbar und bei den Verheerungen der Pocken für nothwendig.

[Hansen, Sören, Köbenhavns kommunale Vaccination 1874—1898. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 30. 1899.

Bei einer grossen Pockenepidemie im J. 1892 in Kopenhagen war das königliche Vaccinationinstitut nicht im Stande, den ausserordentlich vermehrten Anforderungen zu entsprechen; es wurden deshalb auf Veranlassung der Gesundheitcommission mehrere interimistische Vaccination-

anstalten errichtet, die den Ausgangspunkt für das communale Institut bildeten. Die Lymphe, die nicht von den im Institute geimpften Kindern entnommen wurde, wurde theils vom königlichen Vaccinationinstitute requirirt, theils aus England verschrieben, bis man anfing, animale Vaccine zu verwenden, was im J. 1886 versuchsweise und später immer häufiger geschah, bis fast ausschliesslich die animale Vaccination angewendet wurde.

Bondesen, J., Aarsberetning fra den kgl. Vaccinationsanstalt for Aaret 1897. Ugeskr. f. Läger 5. R. V. 12. 1898.

For Aaret 1898. Ibid. VI. 19. 20. 1899.

Von 51 zur Lymphgewinnung benutzten Kälbern mussten 5 (wegen Krankheit oder abortiven Ausschlags) ausgeschlossen werden; von den übrigen 46 wurden 376.77 g Rohstoff (8.19 g von einem Kalbe) gewonnen, die 119365 Portionen Vaccine (2595 von einem Kalbe) lieferten. Versendet wurden 81610 Portionen. Von 39761 öffentlichen Vaccinationen, von denen das Resultat bekannt wurde, war es positiv in 38747 (97.45%); 16 Distriktsärzte hatten 100% Erfolg gemeldet (6296 Vaccinationen). Von Privatärzten, die Lymphe vom Institute bezogen hatten, wurden die Resultate in 1536 Vaccinationen bekannt, bei 1502 Vaccinationen (98%) waren sie positiv.

In der Anstalt selbst wurden 3335 Kinder geimpft (davon 3285 mit animaler Lymphe) und 135 Personen revaccinirt. Von 45 mit animaler Lymphe geimpften Kindern wurde das Ergebniss nicht bekannt, von den übrigen 3240 Kindern war bei 3213 (99.14%) der Erfolg positiv. Von im Ganzen 19440 Impfschnitten wurden auf 18230 (93.78%) Pusteln erzielt.

Von Impfschädigungen ist nur ein Fall ernsterer Art bekannt geworden, in dem in Folge von Aufkratzen der Pusteln sich Infektion mit Streptokokken mit mehrfachen Eiterungen eingestellt hatte. In 7 Fällen kam es, meist durch Kratzen, zu Ulceration und Nekrose der Pusteln.

Von Complikationen kamen in einzelnen Fällen Hautaffektionen in gelinder Art vor, in 2 Fällen generalisirte Vaccine.

Im J. 1898 wurden von 36 Kälbern 5 ausgeschieden. Von den übrigen 41 Kälbern wurden 421.90 g Rohstoff geerntet, woraus 120015 Portionen Lymphe gewonnen wurden (im Durchschnitte von einem Kalbe 10.20 g Rohstoff, 2927 Portionen Lymphe, die stärkste Ernte von einem Kalbe waren 8000, die schwächste 655 Portionen). Versendet wurden 86696 Portionen. Von 39515 öffentlichen Vaccinationen war das Resultat positiv in 38941 Fällen (98.55%); 28 Distriktsärzte hatten in 100% erfolgreich geimpft. Von 1447 von Privatärzten ausgeführten Vaccinationen hatten 1420 (98.14%) positiven Erfolg.

In der Anstalt selbst wurden 3679 Kinder vaccinirt, 132 Individuen revaccinirt. Von 3595 Vaccinationen waren 3584 (99.69%) erfolgreich; an 95.13% der Impfschnitte entstanden Pusteln. Stärkere Reaktionen kamen unter den in der Anstalt Geimpften nur bei 8 vor, Complikationen in Form von Exanthemen wurden selten beobachtet.

Malm, O., Beretning om det animale vakcineinstituts virksomhet i 1897. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XVIII. 17. s. 474. 1898.

I 1898. Das. XIX. 11. s. 294. 1899.

Von 26 Kälbern, die im J. 1897 zur Lymphgewinnung benutzt wurden, mussten 2 wegen Diarrhöe und dadurch bedingten abortiven Anschlagens ausgeschieden werden; von den übrigen 24 Kälbern wurden zusammen 172 g Vaccinelymphe (7.166 g im Durchschnitte von einem Kalbe) gewonnen, die grösste von einem Kalbe gewonnene Menge betrug 13 g, die geringste 3 g. Von Lymphe wurden 11629 Röhrchen versendet. Von 40181 Vaccinationen (darunter 1963 Revaccinationen) wurden die Resultate bekannt; die Vaccination schlug an bei 98.2% Vaccinirten, bei 86.6% Revaccinirten. Die Resultate haben sich entschieden gebessert. Mit 2 Monate alter Vaccinelymphe von einem Kalbe wurden auf 636 Impfschnitten 604 Pusteln erzielt. Mit Lymphe von einem anderen Kalbe wurden auf 459 Schnitten 458 Pusteln erzielt, mit Lymphe von einem 3. Kalbe wurden auf 338 Schnitten eben so viele Pusteln erzielt.

Im J. 1898 wurden von 47 Kälbern 5 ausgeschieden; von den 42 übrig gebliebenen wurden 254.74 g Lymphe gewonnen, also im Durchschnitte 6.213 g von einem Kalbe; die grösste von einem Kalbe gewonnene Menge betrug 15 g, die geringste 2 g. Versendet wurden 16422 Röhrchen. Von 52898 Impfungen und 8946 Wiederimpfungen wurden die Resultate bekannt; bei den Vaccinationen war der Erfolg in 93.8% positiv, bei den Revaccinationen in 60.3%; von 4620 Revaccinationen beim Militär (3202 beim Landheere, 1418 bei der Flotte) waren 55.8% erfolgreich. Die grösste Zahl der von einem Kalbe ausgemachten Vaccinationen betrug 3210. Die von 3 Kälbern im J. 1897 entnommene Vaccinelymphe war noch nach 10, 11 und 13 Monaten wirksam.

Idsinger, J., Mededeelingen omtrent koepokinenting in Nederland gedurende de laatste vijftig jaren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 135. 1899.

Ende des Jahres 1800 wurden zu Rotterdam die ersten Pockenimpfungen durch Dr. Davids vorgenommen, die aber missglückten und erst Erfolg hatten, als gute Vaccinelymphe aus Boulogne bezogen worden war. Die von Arm zu Arm ausgeführten Impfungen geschahen mit Lymphe, die zwischen Gläschen und Elfenbeinplatten aufbewahrt wurde. Die Wirksamkeit der Lymphe verminderte sich indessen, zum Theil auch durch das Fortpflanzen auf Menschen. Als Negri in Neapel die animale Impfung begonnen hatte, nahmen bald die Gesellschaften, die sich in Holland zur Verbreitung der Impfung und zur Beschaffung guter Lymphe gebildet hatten, sich der Sache an und im Jahre 1865 wurden die ersten Versuche mit aus Neapel bezogenem Vaccinestoffe ausgeführt, doch erst im Jahre 1887 wurde in Rotterdam zur ausschliesslichen Verwendung von animaler Vaccine übergegangen, die allmählich immer mehr Ausbreitung gewann.

Grijns, G., Zevende jaarsverslag van het Parc vaccinogene en Instituut Pasteur over 1897. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVIII. 2. blz. 133. 1898.

Zur Gewinnung der Lymphe wurden im Jahre 1897 223 Kälber verwendet; 9369 Gläschen Lymphe wurden versendet, von 4905 wurden die Resultate bekannt, diese waren gut bei 3126 (63.7%). Im Institute wurden 3731 Personen geimpft, von diesen waren 1249 Europäer, 1143 Eingeborene, 1339 Militärpersonen. Von 266 Impfungen an Europäern, von denen der Erfolg bekannt wurde, schlug die Impfung 256mal (96.2%) an, bei 10 (Kindern) nicht; von diesen 10 hatten 2 früher Variola durchgemacht, bei einem Kinde wurde die Impfung 3mal wiederholt, immer ohne Erfolg. Von 416 Revaccinationen bei Europäern schlugen 229 (55.0%) an. — Von 594 Eingeborenen, von denen der Erfolg bekannt wurde, schlug die Vaccination bei 568 (95.6%) an, von 136 schlug die Revaccination bei 76 (55.9%) an. Die Resultate bei den Militärpersonen (Frauen und Kinder eingerechnet) wurden nicht bekannt.

Nijland, A. H., Achtste jaarsverslag van het Parc vaccinogene te Weltevreden voor 1898. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 2. blz. 197. 1899.

Als Conservirungmittel für zu versendende Lymphe hat N. folgende Mischung als zweckmässig befunden: 1 Theil Vaccine zu 7 Theilen einer Mischung aus 1 Theil Wasser mit 4 Theilen Glycerin. Zur Gewinnung der Vaccinelymphe wurden im J. 1898 159 Kälber verwendet; 11243 Gläschen Lymphe wurden versendet. Im Institute wurden 4550 Personen (825 Europäer, 3043 Eingeborene und 682 Militärpersonen) geimpft. Unter 267 Europäern, über die Nachrichten vorlagen, war Misserfolg nur bei 5 zu verzeichnen (Kinder, von denen 4 früher Variola überstanden hatten, das 5. Kind wurde 3mal ohne Erfolg geimpft); von den Revaccinationen bei Europäern schlugen 72.1% an. Von 722 Impfungen bei Eingeborenen schlugen 12 fehl (10 Kinder hatten die Pocken gehabt); von den Revaccinationen bei Eingeborenen schlugen 68.6% an. Von den mit versendeter Lymphe ausgeführten Vaccinationen wurden die Resultate von 15262 bekannt; von 115664 Impfschnitten und Impfstichen entwickelten sich Pusteln auf 85057 (73.5%).

Walter Berger (Leipzig).]

V. Klinisches über Impfung. Impfschäden.

21) Casteret, Etude sur les éruptions „mal caractérisées“ de la vaccine; leur signification. Presse méd. VII. 50. p. 301. Juin 24. 1899.

22) Illoway, As to insusceptibility of vaccinia. [Arch. of Pediatrics.] 8. 4 pp.

23) Schmidt-Petersen, Späte Impfpusteln. Ztschr. f. Med.-Beamte XI. 18. p. 577. 1898.

24) Carter, R. J., Vaccination rashes. Lancet Aug. 20. 1898.

25) D'Espine et Jeandin, Vaccine généralisée à forme éruptive. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 367. 1899.

26) Wetterer, J., Ueber Vaccinatio generalisata. Dermatol. Ztschr. V. 3. p. 373. 1898.

27) Haslund, Vaccina generalisata u. deren Pathogenese. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 2. p. 205; 3. p. 371. 1899.

28) Goumy et Cozette, Contribution à l'étude de la vaccine rouge. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXII. 11. p. 313. 1898.

29) Bettmann, Ueber Lokalisation der Psoriasis auf Impfnarben. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 15. 1899.

30) Masset, Phlegmon profond souspectoral après vaccination, chez un enfant de huit mois. Pyopneumothorax consécutif. Echo méd. du Nord. III. 12. p. 135. 1899.

31) Schlossmann, Wie kann sich der Impfarzt vor wirklichen u. angeblichen Impfschädigungen schützen? Verhandl. d. 14. Versamml. d. Ges. f. Kinderhkde. in d. Abth. f. Kinderhkde. d. 68. Versamml. d. Ges. deutscher Naturforscher u. Aerzte in Braunschweig. Wiesbaden 1898. J. F. Bergmann. p. 215.

32) Haase, Zur Prophylaxe der Impfschädigungen. Ztschr. f. Med.-Beamte XII. 12. p. 378. 1899.

33) Saint-Yves-Ménard, Contre-indications momentanées de la vaccination. Presse méd. VII. p. 71. Févr. 1899.

34) Lowe, J., Vaccination and vaccination marks. Lancet Oct. 1. 1898.

Die Bedeutung der bei der Wiederimpfung häufig auftretenden *Abortivpusteln* suchte Casteret (21) durch einen Jmpfversuch festzustellen, zu dem er eine Anzahl Soldaten mit zweifelhaftem Impferfolge benutzte. Er theilte diese in 3 Gruppen; bei der 1. Gruppe von 20 Soldaten fand sich bei der Nachschau am 8. Tage nur an 1—2 Impfstellen eine kleine Borke, von einer Areola von ½—1 cm Breite umgeben, bei der 2. Gruppe von 20 Soldaten waren die Borken grösser, die Areola 2 cm breit. Bei der 3. Gruppe, die 18 Soldaten umfasste, hatten 3—4 Pusteln bestanden, die einen schnellen Verlauf genommen hatten, unter den Borken war bei dieser Gruppe etwas blutiges Serum vorhanden. Er impfte nun von den Soldaten auf ein Kalb ab, bei dem die Impfschnitte in 3 getrennten, den einzelnen Gruppen entsprechenden Feldern angelegt wurden; bei jedem Soldaten wurde dabei die Borke mit einem besonderen Impfspatel abgehoben, die unter der Borke liegende Fläche abgeschabt und die abgeschabte Masse zu der Impfung verwandt. Das Resultat war, dass sich bei dem Kalbe von der 1. Gruppe nur 8 Pusteln entwickelten, von der 2. Gruppe 16 Pusteln, von der 3. Gruppe 18 Pusteln; die Entwickelung war gegenüber dem gewöhnlichen Verlaufe verzögert, indem sich die von der 3. Gruppe aus beschickten Impfschnitte erst am 6. Tage entwickelten, die der 2. und 3. Gruppe am 7. bis 8. Tage. Am 8. Tage wurde ein zweites Kalb von dem ersten abgeimpft, sämmtliche Pusteln des letzteren ergaben bei dem zweiten Kalbe positiven Impferfolg, und schon am 6. Tage waren alle Pusteln voll entwickelt; bei Verimpfungen auf den Menschen hatte die Lymphe des zweiten Kalbes gute Wirkung. Die Abortivpusteln der Soldaten hatten also eine Lymphe von verringerter Virulenz geliefert, die nach dem Passiren eines Kalbes ihre volle Wirksamkeit wieder erlangte. Ein Theil der Soldaten wurde 4 Monate später noch einmal geimpft, ohne dass irgend ein Erfolg eintrat.

Illoway (22) hatte einen ungeimpften Knaben im Laufe eines Jahres 6mal ohne Erfolg auf den Armen geimpft, eine nochmalige Wiederholung der Impfung auf dem Oberschenkel hatte dann ein positives Ergebniss. Er hält es für wahrscheinlich, dass bei einzelnen Personen ein Theil der Haut eine grössere Impfempfänglichkeit besitzt als ein anderer.

Schmidt-Petersen (23) beobachtete bei 2 Erstimpflingen eine verspätete Entwickelung von Impfpusteln. Bei der Nachschau am 7. Tage war noch keine Reaktion vorhanden, und die Impfung wurde daher als „ohne Erfolg“ verzeichnet. Im Laufe der nächsten 8 Tage entwickelte sich bei jedem Impfling noch eine deutliche Impfpustel.

Der Carter'sche (24) Aufsatz ist eine Zusammenstellung der als Complikation der Impfung beobachteten Hautleiden und sonstigen Schädigungen.

Mit der *generalisirten Vaccine* beschäftigen sich mehrere Arbeiten.

Der von D'Espine und Jeandin (25) beschriebene Fall betraf ein 11 Monate altes Kind, bei dem am 5. Tage nach der Impfung gleichzeitig mit den Pusteln an den Armen 2 oder 3 Pusteln auf dem Leibe und im Gesicht erschienen. Am 6. Tage wurde der Ausbruch reichlicher, am 8. Tage hatte er sich über den ganzen Körper verbreitet; nach der beigegebenen photographischen Abbildung müssen an der Vorderseite des Körpers

etwa 150 Bläschen bestanden haben. Am 11. Tage wurden auch auf der Mundschleimhaut 3—4 Bläschen constatirt, die schon am 12. Tage verschwunden waren [also wohl keine Vaccinabläschen waren, *Ref.*], einige verspätete Bläschen zeigten sich noch auf den Beinen. Der Verlauf war durchaus gutartig, das Allgemeinbefinden kaum beeinträchtigt, die Abborkung aller Pusteln nach 3 Wochen beendet. Die am 8. und 9. Tage aus den Pusteln am Beine gesammelte Lymphe ergab bei einem Kalbe ein positives Impfresultat.

Wetterer (26) sah generalisirte Vaccine bei 4 Kindern.

Bei dem einen, einem Erstimpflinge mit Ekzem beider Wangen, trat am 9. Tage nach der Impfung nach vorausgegangenem Fieber und Erbrechen am Halse und im Gesicht eine Unmenge von Pusteln hervor, vereinzelte Pusteln fanden sich auch an anderen Stellen des Körpers. In den nächsten 4—6 Tagen folgten noch Nachschübe von Efflorescenzen, dann erfolgte Heilung. Von den übrigen 3 Kindern litten 2 an Ekzem, das 3. an Urticaria, die generalisirte Vaccine ging bei ihnen nicht von einer Impfung, sondern von einer Infektion durch geimpfte Geschwister aus, und führte bei dem einen Kinde den Tod herbei.

W. ist der Ansicht, dass die Generalisation des Vaccineausschlages niemals durch Vermittelung der Blutbahn geschieht, sondern stets durch Autoinoculation, und führt als Beweis dafür an, dass 1) in allen bekannten Fällen eine juckende Hautaffektion vorhanden war; 2) sich stets Kratzspuren fanden; 3) die Efflorescenzen schubweise auftraten; 4) an Stellen, die durch einen Verband geschützt sind oder die von dem kratzenden Finger nicht erreicht werden können, keine Impfpusteln auftraten. Haslund (27) hält mit Recht diese Beweisführung für unzulänglich: es haben durchaus nicht in allen Fällen Hautleiden bestanden, man findet nicht immer Kratzspuren, auch bei anderen infektiösen Exanthemen verbreitet sich der Ausschlag erst allmählich über den ganzen Körper, und Blasen entstehen bei der generalisirten Vaccine auch an Hautstellen, an denen ein Kratzen nicht stattgefunden haben konnte. In einzelnen Fällen kann es sich wohl um Autoinoculation gehandelt haben, eine ganze Anzahl von Gründen spricht aber dafür, dass die Eruption in der Regel von innen heraus entsteht. Schon die Unzahl von Blasen, die oft vorhanden ist, spricht gegen ihre Entstehung durch Autoinoculation, ebenso die Zeit ihres Auftretens gleichzeitig mit oder kurz nach der Entwickelung der primären Pusteln. Wenn sie durch Kratzen entstanden wären, so müssten sie doch bisweilen die längliche Form des Hautrisses aufweisen, statt dessen sind sie immer rund. Auch die Seltenheit der generalisirten Vaccine bei der Häufigkeit, mit der die primären Impfblasen zerkratzt werden, spricht dafür, dass die Autoinoculation keine grosse Rolle spielt. Den Schlüssel zum Verständniss der Pathogenese der generalisirten Vaccine findet H. in dem Ergebnisse, das Chauveau bei Impfversuchen am Pferde erhielt. Bei diesem tritt nach cutaner Impfung am 5. Tage Immunität gegen weitere Impfungen ein. [Das ist noch fraglich. *Ref.*] Bei Einführung der Lymphe in eine Vene, ein Lymphgefäss, in die Athmungoder Verdauungorgane kommt es häufig zu generalisirter Vaccine, die nie früher als am 8. Tage auftritt, oft erst später. Nach cutaner Impfung sieht man diese Eruption nicht, da um die Zeit, da sie sich entwickeln könnte, nämlich nach dem 8. Tage, schon eine Immunität besteht, die vom 5. Tage datirt. Bei einem Pferde, dem Chauveau 24 Stunden nach der cutanen Impfung die geimpfte Stelle der Haut excidirt hatte, trat 15 bis 20 Tage nach der Impfung eine Allgemeineruption auf, weil durch die Excision die Bildung einer lokalen, gegen die Entstehung einer Allgemeineruption schützenden Impfpustel verhindert wurde. Aehnlich denkt sich H. die Verhältnisse beim Menschen; zuweilen tritt an der Impfstelle eine verspätete Immunisirung ein, deren Grund in individuellen Verhältnissen des Impflings zu suchen ist, und in solchen Fällen bringt der in die Blutcirkulation übergegangene Theil des Virus eine Allgemeineruption hervor.

H. theilt dann noch 6 Beobachtungen über generalisirte Vaccine mit. Bei einigen, bei denen sich nur wenige verirrte Blasen fanden, möchte *Ref.* die Möglichkeit einer Autoinoculation nicht ausschliessen; die Gleichzeitigkeit des Auftretens spricht nicht dagegen, denn die Verschleppung des Impfstoffes braucht nicht von der zerkratzten primären Blase ausgegangen zu sein, sondern es kann schon im Impftermine etwas von der noch nicht eingetrockneten Lymphe der Impfschnitte an die Finger des Kindes gelangen und auf andere Körperstellen übertragen werden. Für die überwiegende Mehrzahl der Fälle, besonders für diejenigen mit verbreitetem Ausschlage, hält *Ref.* die Entstehung von innen heraus für wahrscheinlicher. Der Vaccineprocess ergreift ja stets den ganzen Körper, und wenn sich auch die Hauterscheinungen in der Regel auf die Veränderungen an der Impfstelle beschränken, so kommt es doch gelegentlich zur Entwickelung eines Exanthems, besonders in der Zeit nach dem Auftreten des charakteristischen Impffiebers vom 8. bis 10. Tage nach der Impfung. Wenn sich das Exanthem auf Flecken und Knötchen beschränkt, so wird Niemand bezweifeln, dass es von innen heraus kommt; weshalb soll es denn anders sein, wenn es sich zur Bläschen- und Pustelbildung steigert?

Goumy und Cozette (28) beobachteten in den Jahren 1891—1896 bei 3344 mit Glycerinlymphe geimpften Soldaten 112mal das Auftreten von rothen Knoten an den Impfstellen. Dieselbe Erscheinung trat 1891 bei zahlreichen anderen Militärimpfungen auf, und Comte sah sie bei Soldaten, die von Thier zu Körper geimpft waren (vgl. Jahrbb. CCXLIV. p. 175). Meistens entwickelten sich die Knoten erst nach dem 8. Tage, und erlangten ihren Höhepunkt 15—16 Tage nach der Impfung, sie entstanden entweder allein oder bei gleichzeitiger Entstehung normaler Impf-

pusteln. Wenn sie allein vorhanden waren, so immunisirten sie nicht gegen spätere Impfung, traten aber bei Wiederholung der Impfung nie zum zweiten Male bei demselben Impflinge auf. Sie enthielten eine rothe Flüssigkeit von der Consistenz der Impflymphe, in der viele rothe Blutkörperchen vorhanden waren. In Culturen wuchs nur ein Mikrococcus in charakteristischen weissen Colonien. Diese Kokken waren auch in der Lymphe enthalten, hier aber im Gemische mit anderen Mikroorganismen. Die Culturen lieferten bei Verimpfungen immer ein negatives Ergebniss, der Mikrococcus ist daher nicht als Ursache der rothen Pusteln zu betrachten, sondern es ist anzunehmen, dass diese bei Abwesenheit von Keimen entstehen, die sonst in der Lymphe vorhanden sind. [Anscheinend haben G. und C. nur Impfversuche mit den Culturen gemacht, nicht mit dem Inhalte der Knoten, nach dessen Verimpfung Comte wieder rothe Knoten erhielt. *Ref.*]

Bettmann (29) sah einen 12jähr. Knaben mit Psoriasis vulgaris von mässiger Ausdehnung, bei dem am linken Oberarme 4 in gerader Linie unter einander gelegene Efflorescenzen auffielen, von denen die oberste zwischen 2 Impfnarben lag, die nächste von einer Impfnarbe mitten durchzogen wurde. Der Knabe war im Jahre vorher geimpft worden, wenige Wochen später traten jene oberen Efflorescenzen als erste Manifestation der Psoriasis auf. Derartige Fälle, in denen die Impfung als agent provocateur der Psoriasis wirkt, sind mehrfach mitgetheilt worden, eine Parallele bildet der Fall von Cazenave, in dem die Psoriasis auf den frischen Narben einer abgelaufenen Variola erschien.

Das von Masset (30) beschriebene 8 Monate alte Kind war von einer Hebamme geimpft worden, 8 Tage später fand sich eine Eiterung unter dem Pectoralis, an die sich nach 14 Tagen ein Pyopneumothorax anschloss; das Kind starb.

Zur Vermeidung von Impfschäden verlangt Schlossmann (31) vorherige Desinfektion des Armes der Impflinge durch Abreiben, zuerst mit Benzin, dann mit 1proc. Lysollösung, und Abtrocknung mit sterilen Tupfern, sowie die Anlegung eines Schutzverbandes sofort nach der Impfung. Haase (32) setzte bei Erstimpflingen durch Waschung des Impffeldes mit Wasser und Seife und Abreiben mit 50proc. Alkohol die Zahl der Fälle mit stärkerer Reaktion herab. [Die Desinfektion des Armes wird fast allgemein als nutzlos und die Schutzkapsel als nachtheilig verworfen. *Ref.*]

In den Pariser Gebäranstalten werden, wie Saint-Yves-Ménard (33) mittheilt, die Neugeborenen schon in den ersten Lebenstagen geimpft, mit Ausnahme derjenigen, die unter 2500 g wiegen. Im späteren Lebensalter bildet das Ekzem die häufigste Contraindikation; ekzematöse Kinder sollen nur bei Pockengefahr geimpft werden und dann soll nur eine Impfstelle in gesunder Haut angelegt, die überflüssige Lymphe kurz nach der Impfung abgewischt und die Impfstelle mit Collodium elasticum bedeckt werden.

Zur Vermeidung von Narbenbildung nach der Impfung betupft Lowe (34) am 7. oder 8. Tage die Impfbläschen mit reiner Carbolsäure, nach vorheriger Einfettung der umgebenden Haut, wäscht wenige Sekunden später mit lauwarmem Wasser ab und legt einen antiseptischen Watteverband an. Die Borken sollen sich dann ohne Eiterung lösen und es soll keine Spur von einer Narbe hinterbleiben. Das Verfahren scheint dem *Ref.* überflüssig zu sein; wenn man mit recht kurzen Schnitten impft, so fallen die Narben ohnehin unscheinbar genug aus.

VI. Der Impfschutz und seine Dauer.

35) Kübler, Ueber die Dauer der durch die Schutzpockenimpfung bewirkten Immunität gegen Blattern. Arb. aus d. kais. Gesundheitsamte XIX. 2. Berlin 1898. J. Springer.

36) Böing, Zur Frage des Impfzwanges. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 80—82. 1898.

37) Kübler, Bemerkungen zu dem Aufsatze von *Böing*: „Zur Frage des Impfzwanges“. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 90. p. 1096. 1898.

38) Tebb, W. S., A century of vaccination. 2. Ed. London 1899. Swan Sonnenschein u. Co. Kl.-8. 452 S. (6 sh.)

39) Livi, R., On vaccination and small-pox in the Italian army. Brit. med. Journ. April 29. 1899.

40) Bernheim, A., Small-pox and vaccination. Amer. Pract. and News XXVI. 24. p. 446. 1898.

41) Bondesen, J., Ueber Immunität nach erfolgter Vaccination. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 28. p. 331. 1899.

42) Voigt, L., Impfschutz u. Variola-Vaccine. Referat: Ztschr. f. Med.-Beamte XI. 21. p. 682. 1898.

43) Hartisch, Einige Beobachtungen über Impferfolg. Ztschr. f. Med.-Beamte XII. 3. p. 71. 1899.

44) Dietrich, Beobachtungen über Impferfolg. Ztschr. f. Med.-Beamte XII. 12. p. 383. 1899.

45) Wex, Beobachtungen über Impferfolg. Ztschr. f. Med.-Beamte XII. 14. p. 471. 1899.

Nach Kübler's (35) Ausführungen nimmt der Schutz, den die Impfung gegen eine Revaccination verleiht, je nach der Individualität der Geimpften bald früher, bald später ab. Zuweilen haftet die Wiederimpfung schon nach Monaten, in anderen Fällen nach Jahren, und nach Ablauf eines Jahrzehntes fast immer. Aus dem abweichenden Verlauf der Revaccinationpusteln ergiebt sich jedoch, dass der durch die Erstimpfung erzielte Schutz bei den meisten Menschen nach 10 Jahren zwar abgeschwächt, aber nicht ganz erloschen ist. Auch durch Ueberstehen der Pocken wird keine dauernde Immunität gegen die Impfung erlangt, wenn auch der Schutz in der Regel länger vorhält, als nach einer Erstimpfung. Gegen eine neue Erkrankung an Pocken schützt das einmalige Ueberstehen zwar nicht ausnahmelos, aber in der überwiegenden Mehrheit der Fälle. Die Geimpften sind gegen die Pocken nicht so sicher geschützt wie die Gepockten, man darf aber aus dem Gelingen einer Wiederimpfung bei Geimpften nicht schliessen,

dass sie auch für die Pocken wieder empfänglich geworden sind. Aus zahlreichen Beobachtungen in Pockenepidemien geht hervor, dass die Impfung die meisten Menschen auf wenigstens 10 Jahre gegen eine Erkrankung an Pocken schützt, und auch später einen günstigeren Verlauf der Erkrankung bedingt. Noch sicherer wird der Schutz durch eine Wiederimpfung.

Böing (36) bleibt dem gegenüber bei seiner Anschauung, dass die Impfung, sobald sie keinen Schutz mehr vor der Wiederimpfung gewährt, auch vor den Pocken nicht mehr schützt. *Ref.* hat sich mit seiner Anschauung im vorigen Bericht auseinandergesetzt (vgl. Jahrbb. CCLX. p. 191). Verwunderlich erscheint es, dass B. trotz sonstiger scharfer Kritik zum Beweise dafür, dass die Vaccine beim Menschen auch bei innerer Darreichung wirksam ist, den Richard'schen Fall passiren lässt. Er betrifft ein 4jähr. Kind, das mit 6 Stichen geimpft wurde. Am 7. Tage hatten die Bläschen ihre volle Entwickelung erreicht, das Kind zerkratzte sie und sog den Inhalt mehrmals aus, 4 Tage später zeigte sich ein Ausschlag von 53 am Körper zerstreuten Bläschen, deren Inhalt sich verimpfen liess. *Ref.* kann durchaus nicht einsehen, wie man dieses Exanthem auf das Aussaugen der Impfblasen beziehen kann; es handelte sich um eine generalisirte Vaccine bei einem geimpften Kinde. Auch der zweite als Beweis angeführte Fall, der von Cazalas, ist nicht einwandfrei; ein 4jähr., schon mehrmals erfolglos geimpftes Kind wurde von Neuem geimpft und erhielt unmittelbar darauf eine Messerspitze voll gepulverten Vaccineschorfes. Am 4. Tage zeigten die geimpften Stellen „eine gewisse Thätigkeit“ (un léger travail), dann wurde das Kind krank und nach 6 Tagen brach ein allgemeiner Ausschlag von 180 Bläschen hervor. Auch hier handelte es sich um ein geimpftes Kind, während als beweiskräftig doch nur Fälle gelten dürfen, in denen die Vaccine ausschliesslich innerlich beigebracht und nicht gleichzeitig in die Haut verimpft wurde. Unwahrscheinlich ist die Wirksamkeit bei innerer Darreichung nach Analogie von Thierversuchen nicht.

Einige von B. der Kübler'schen Arbeit gemachte Vorwürfe werden von Kübler (37) in seiner Entgegnung widerlegt.

Das Buch des Herrn Tebb (38) ist ein Compendium für Impfgegner.

Aus den von Livi (39) mitgetheilten Zahlen über Impfung und Pocken im italienischen Heer für die Zeit 1867—1897 geht mit überzeugender Sicherheit hervor, dass die Geimpften viel seltener an Pocken erkranken und gegen einen tödtlichen Ausgang derselben viel besser geschützt sind, als die Ungeimpften.

Der Bernheim'sche (40) Aufsatz bringt nichts Neues.

Nach Bondesen (41) bedarf die Anschauung, dass sich die Wirksamkeit des Impfstoffes nur durch die Pustelung zu erkennen giebt, einer Einschränkung. Stark wirksame Lymphe bringt bei Erstimpflingen fast ausnahmelos gute Impfpusteln hervor. Bei weniger wirksamer Lymphe sind die Pusteln kleiner, oder sie entwickeln sich später, oder bleiben ganz aus. Selbst in letzterem Falle, bei anscheinend gänzlichem Fehlschlagen der Impfung, zeigt sich aber doch oft ein gewisser Impfschutz, wenn man die Kinder im nächsten Jahre mit vorzüglich wirksamer Lymphe wiederimpft; in vielen Fällen erhält man wiederum keinen Erfolg, in anderen eine kümmerliche abortive Pustelung und nur selten sieht man die schönen Pusteln, die man mit derselben Lymphe an anderen, früher nicht geimpften Kindern erzielt. Diese immunisirende Wirkung scheint nur bestimmten Impfstoffkörpern zuzukommen und die erlangte Immunität scheint von kürzerer Dauer zu sein, als die nach regulärer Pustelung erfolgte.

Nach Voigt (42) wurde bei 120000 Hamburger Erstimpflingen ein Erfolg, d. h. Pustelung, bei über 99% erzielt. Bei den erfolglos Geimpften ergab die sofort vorgenommene Nachimpfung nur 88% und eine beim Fehlschlagen dieser Nachimpfung sofort vorgenommene dritte Impfung sogar nur 44% Erfolg. Geschah diese Nachimpfung aber erst im folgenden Jahre, so schlug sie wieder bei 96% der Kinder gut an. Die nach der ersten erfolglosen Impfung eingetretene Immunität war also schnell wieder verschwunden. Eine besonders starke Immunität der Wiederimpflinge zeigte sich in Hamburg, seitdem die mit der Variola-Vaccine des Jahres 1881 geimpften Kinder wieder impfpflichtig geworden sind, es ist aber fraglich, ob diese Immunität nur der Güte dieser Variola-Vaccine zu danken ist. Es kommt auch in Betracht, dass die in Hamburg benutzte Glycerinlymphe 33% Rohstoffe enthält, gegenüber 25%, 20% oder noch weniger anderer Anstalten.

Nach Beobachtungen von Hartisch (43), Dietrich (44) und Wex (45) gelingt es häufig, Kinder, bei denen die Erstimpfung nur eine Pustel ergeben hatte, im nächsten Jahre mit Erfolg wieder zu impfen, während die sofort vorgenommene Autorevaccination oder Nachimpfung fast immer erfolglos bleibt. Es ist daher besser, Erstimpflinge mit nur einer Pustel nicht sofort, sondern erst im nächsten Jahre nachzuimpfen.

VII. Allgemeine Pathologie der Impfung.

46) Béclère, Chambon et Ménard, Études sur l'immunité vaccinale. Deuxième mémoire. Ann. de l'Inst. Pasteur XII. 12. p. 837. Déc. 1898.

47) Béclère, Chambon et Ménard, Études sur l'immunité vaccinale. Troisième mémoire. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 2. p. 81. Févr. 1899.

In dem 1896 veröffentlichten ersten Theil ihrer Arbeit (vgl. Jahrbb. CCLII. p. 182) hatten die Vff. nachgewiesen, dass das Serum geimpfter Kälber immunisirend wirkt. Wird es einem anderen Kalbe in der Menge von 1% seines Körper-

gewichts subcutan injicirt, so ergiebt die sofort nach der Injektion vorgenommene Impfung bei diesem Kalbe keinen vollen Erfolg; die meisten Schnitte bleiben steril, an anderen entwickeln sich rudimentäre Pusteln, deren Inhalt eine sehr verminderte oder aufgehobene Virulenz zeigt. Die Veränderung der Virulenz ist die wichtigste Folgeerscheinung; sogar die Lymphe von Pusteln, die anscheinend fast normal entwickelt sind, ist nicht mehr verimpfbar. Wenn das Serum nicht vor, sondern erst 1—2 Tage nach der Impfung injicirt wird, so hat es noch einen abschwächenden Einfluss auf den Impferfolg. Wird anstatt des Serum Lymphe subcutan injicirt, so tritt ebenfalls Immunität gegen die Impfung ein, aber langsamer; erst wenn 8 Tage zwischen der Injektion und der Impfung liegen, ist die letztere stets erfolglos. Bei diesen letzteren Versuchen war die allmählich eintretende Immunität nur nach der Abschwächung der Eruption beurtheilt worden, sie werden in dem *zweiten Theile* der Arbeit (46) dahin ergänzt, dass auch die Virulenz der entwickelten Lymphe untersucht wurde. Das Ergebniss war, dass bei einer Zwischenzeit von 3 Tagen zwischen der subcutanen Injektion von Lymphe und der Impfung weder die Eruption, noch die Wirksamkeit der 4—6 Tage nach der Impfung geernteten Lymphe irgendwie beeinflusst war. Betrug die Zwischenzeit 4 Tage, so war die Eruption um 24 Stunden verfrüht, die Lymphe von normaler Wirkung; bei einer Zwischenzeit von 5 Tagen war die Eruption verfrüht und abgeschwächt, die Lymphe bei Entnahme am 5. Tage normal, am 6. Tage dagegen sehr abgeschwächt. Bei einer Zwischenzeit von 6 und 7 Tagen steigerte sich die Abschwächung noch; die Lymphe, die am 5. Tage nach der Impfung aus der verfrüht erscheinenden und verkümmerten Eruption gewonnen wurde, war nicht mehr verimpfbar. Es ist also ein Zeitraum von 11 bis 12 Tagen nach der subcutanen Impfung erforderlich, um die Virulenz der durch spätere Hautimpfung erzielten Lymphe völlig aufzuheben. Ein Unterschied gegenüber der Serumbehandlung zeigt sich darin, dass bei der letzteren die Virulenz der Lymphe früher abgeschwächt wird als das Aeussere der Eruption, bei der subcutanen Behandlung dagegen tritt die Verkümmerung der Eruption früher ein als die Abschwächung der Virulenz. Beim Schweine vollzieht sich die Immunisirung nach subcutaner Injektion von Lymphe schneller als beim Kalbe, schon nach 6 Tagen schlägt eine Hautimpfung nicht mehr an und die Virulenz der Lymphe ist bereits 9—10 Tage nach der Injektion verschwunden.

Der *dritte Theil* der Arbeit (47) behandelt die Wirkung des Immunserum im *Reagenzglase*. Lymphe, die in vitro mit dem Serum eines vor 14 Tagen geimpften Kalbes in Berührung gestanden hatte, ist nicht mehr verimpfbar, während normales Serum keinen Einfluss auf sie hat. Ebenso wie das Serum geimpfter Kälber, wirkt das Serum geimpfter Pferde, geimpfter Menschen und das von Pockenreconvalescenten und variolisirten Affen und Pferden. Die Variolisirung durch Hautimpfung war nur beim Affen gelungen, beim Pferde geschah sie intravenös. Bei Kaninchen schlugen Hautimpfungen nicht an und nach subcutaner und intravenöser Beibringung von Lymphe erlangte ihr Serum nur unsichere antitoxische Wirkungen der Lymphe gegenüber.

Die immunisirende Substanz des Serum ist sehr stabiler Natur. Alter, Beleuchtung und Fäulniss, sowie Erhitzen auf 70° haben keinen Einfluss auf sie, im trockenen Zustande erträgt sie halbstündiges Erhitzen auf 100° und wird bei viertelstündigem Erhitzen auf 125° in ihrer Wirkung zwar abgeschwächt, aber nicht ganz zerstört. Sie ist an die Serumglobuline gebunden.

Die Zeit, die von der Impfung bis zum Auftreten des Immunkörpers im Serum vergeht, ist bei den einzelnen Thierarten ungleich. Bei cutan oder subcutan geimpften Kälbern beträgt sie 9 bis 13 Tage, die Antivirulenz ist anfangs nur schwach vorhanden, nach 12 Tagen ist sie gewöhnlich, nach 13 Tagen immer stark ausgeprägt. Beim Pferde ist ein um 1—2 Tage längerer, beim Schweine um 1—2 Tage kürzerer Zeitraum erforderlich. Beim geimpften Menschen ist er wahrscheinlich etwas länger als beim Kalbe. Nach welcher Zeit der Immunkörper bei den Pocken auftritt und ob Beziehungen zur Beschaffenheit des Exanthems bestehen, ist noch nicht festgestellt. Bei der Hautimpfung erfolgen der Stillstand und die Rückbildung der Impfpusteln einige Tage vor dem Auftreten der Schutzkörper. Die Verimpfbarkeit der endodermalen Lymphe nimmt mit der Ausbildung des Schutzkörpers ab, sie hört gänzlich auf, sobald das Serum im Reagenzglase die Lymphe sicher neutralisirt, beim Kalbe also nach 12—13 Tagen. Wird durch eine der Hautimpfung um 3—4 Tage vorausgehende subcutane Impfung die Verimpfbarkeit der endodermalen Lymphe schon früher aufgehoben, so treten auch die Schutzkörper früher auf; beide Erscheinungen sind mit einander verknüpft und man kann sich vorstellen, dass die Schutzkörper im Blute die endodermale Lymphe ebenso neutralisiren wie das Serum im Reagenzglase die Lymphe. Auch das Erlöschen der Empfänglichkeit für eine neue Impfung fällt mit dem Auftreten des Schutzkörpers zusammen. Scheinbar ist das nicht der Fall; bei geimpften Kälbern schlägt eine neue Impfung schon nach 8 Tagen nicht mehr an, während der Immunkörper erst nach 12 bis 13 Tagen ausgebildet ist. Man muss aber bedenken, dass die verimpfte Lymphe eine Incubationzeit von einigen Tagen hat, in dieser Zeit hat sich die Immunität herausgebildet und verhütet die Entwickelung von Impfpusteln.

Die antitoxische Wirkung des Serum ist bei Pferden und Kälbern schon nach einigen Monaten

abgeschwächt, nach 1—2 Jahren erloschen, während sich die Immunität gegen erneute Impfung länger erhält. Bei geimpften oder gepockten Menschen halten sich die Schutzkörper viel länger, zuweilen Jahrzehnte lang, verschwinden aber auch hier früher als die Immunität gegen erneute Impfung. Diese Verhältnisse erklären es auch, dass geimpfte Mütter ihre Impf-Immunität in einzelnen Fällen auf ihre Neugeborenen übertragen, in anderen Fällen dagegen nicht; die Uebertragung findet statt, wenn ihr Blut noch genügend Schutzstoffe enthält, die auf den Fötus übergehen und ihm eine passive, bald erlöschende Immunität verleihen.

VIII. Pockenerreger und Vaccineerreger.

48) Hückel, A., Die Vaccinekörperchen. Nach Untersuchungen an der geimpften Hornhaut des Kaninchens. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. II. Suppl.-Heft 1898.

49) Sanfelice, F., u. V. E. Malato, Studien über die Pocken. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 18 u. 19. p. 641. 1899.

Ueber die in der geimpften Hornhaut von Kaninchen auftretenden Vaccinekörperchen, die nach Guarnieri u. A. die Krankheiterreger darstellen, liegt eine sehr eingehende Arbeit von Hückel (48) vor. Der *erste Theil* derselben behandelt nach einem einleitenden Literaturüberblicke die Untersuchungsmethode und Technik, den makroskopischen Befund an der geimpften Cornea, den mikroskopischen Befund an gefärbten Schnitten und die Untersuchungsergebnisse an der überlebenden Cornea in eingehender, zum Referate nicht geeigneter Weise. Im *zweiten Theile* werden die über die Natur der Körperchen aufgestellten Hypothesen erörtert, H. hält sie weder für Abkömmlinge der Leukocyten, noch für solche der Kerne der Epithelzellen und verwirft auch die Protozoënhypothese; er kann in den Körperchen keine Parasiten und damit auch nicht die Erreger der Vaccine erblicken. In Beziehung stehen sie trotzdem zu dieser, da sie eben nur nach Verimpfung von Vaccine oder Variola in die Hornhaut vorkommen. Sie stammen, wie H. im *dritten Theile* der Arbeit ausführt, von dem Protoplasma der Epithelzelle ab, und zwar von der Markschicht. Es ist anzunehmen, dass das Vaccinegift vorzugsweise die centrale Protoplasmaregion angreift und verändert, das Contagium braucht sich dabei nicht in der Epithelzelle selbst zu entwickeln, sondern es kann sich um die Einwirkung eines Giftes handeln, das von einem extracellulär sich vermehrenden Contagium herrührt. Es kann aber auch das Contagium in seiner Entwickelung und Vermehrung an die Epithelzelle und speciell an die Vaccinekörperchen gebunden sein; vielleicht ist es so klein, dass es bei dem heutigen Stande der mikroskopischen Technik nicht wahrnehmbar ist.

Ob dem Mikrococcus, den Sanfelice und Malato (49) aus Pockenmaterial isolirten und bei dem sie nach Versuchen am Hunde eine ätiologische Beziehung zur Variola vermuthen, ein besseres Schicksal beschieden sein wird als seinen Vorgängern? Ref. will die in Aussicht gestellte ausführliche Abhandlung abwarten, bevor er näher darauf eingeht.

IX. Animale Lymphe.

50) Vanselow u. M. Freyer, Zur Prüfung der Impfstofffrage. 2. Bericht über die Thätigkeit der von dem Herrn Minister der geistlichen, Unterrichts- u. Medicinal-Angelegenheiten eingesetzten Commission. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVII. 1. p. 93. 1899.

51) Ascher u. Szymanski, Bakteriologische Erfahrungen über die Königsberger Thierlymphe. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXVIII. 3. p. 335. 1898.

52) Pfuhl, A., Weiteres über den Keimgehalt der Lymphe aus der königl. Impfanstalt Hannover. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 2. p. 231. 1899.

53) Umlauf, K., Mittheilungen aus der k. k. Impfstoffgewinnungs-Anstalt in Wien. Ztschr. f. Thiermed. N. F. III. 1. p. 26. 1899.

Die weiteren Arbeiten der zur *Prüfung der Impfstofffrage* eingesetzten Commission (50), deren erster Bericht in diesen Jahrbüchern (CCLVI. p. 171) referirt worden ist, erstreckten sich auf:

1) *Zahl und Art der Bakterien in der Lymphe.* Im Ganzen stimmten die Ergebnisse mit den früher von der Commission gefundenen überein.

2) *Methoden zur Verbesserung der Lymphbeschaffenheit:* Alkoholdesinfektion und Schutzverbände beim Impfthiere setzten die Keimzahl der Lymphe herab, die Reizerscheinungen bei den Impflingen waren aber nicht geringer als bei bakterienreicher Lymphe. Verdünnung der Lymphe und Centrifugirung der verdünnten Lymphe mit nachheriger Eindickung setzten bei guter Technik den Impferfolg nicht wesentlich herab, die centrifugirte Lymphe bleibt aber nicht lange wirksam.

Von Freyer wurden Versuche darüber angestellt, wie lange der Vaccineerreger in den Organen des geimpften Kalbes kreist. Milz- und Drüsensaft eines vor 44 Tagen geimpften Kalbes erzeugte bei Verimpfung auf ein anderes Kalb noch eine echte Impfpustel. Ein gleicher Versuch, 58 Tage nach der Impfung angestellt, fiel bei 2 Kälbern negativ aus. [Danach würde der Organsaft viel länger verimpfbar bleiben als die endodermale Lymphe, die nach Béclère, Chambon und Ménard (47) ihre Verimpfbarkeit in Folge des Auftretens von Schutzkörpern im Blute 12—13 Tage nach der Impfung verliert. Ref.]

3) *Versuche zum Schutze der Impfwunden des Kindes* mit Schutzverbänden jeglicher Art, die keine Vortheile ergaben, auch nicht bei Verwendung des von Wien aus empfohlenen Epidermin. Dagegen waren die Nachtheile mannigfach.

Zur sauberen Abfüllung der Lymphe wurden 4) verschiedene Apparate als praktisch erprobt.

Ein Anhang von Vanselow und Czapleswki behandelt den aus Lymphe und aus dem Blute und

den Organen geimpfter Kälber gezüchteten *Staphylococcus quadrigeminus*, bei dem sich ätiologische Beziehungen zur Vaccine zu ergeben scheinen. Indess haben nach einer kurzen Mittheilung V.'s und C.'s (Vjhrschr. f. ger. Med. 3. F. XVII. 2. p. 401. 1899) weitere Versuche ergeben, dass dem Coccus keine specifische Bedeutung zukommt.

Die Versuche mit der Königsberger Lymphe von Ascher und Szymanski (51) ergaben gleichfalls, dass der Keimgehalt der Lymphe ohne Einfluss auf die Reizerscheinungen ist und dass Alkoholdesinfektion und Schutzverbände bei den Impflingen nutzlos sind. Auch die Versuche Pfuhl's (52) liefern keinen Anhalt dafür, dass die in der Lymphe enthaltenen Bakterien für den Menschen schädlich sind. Ein Tegminverband bei den Impfthieren setzte die Keimzahl der Lymphe herab.

In der *Wiener* Impfanstalt werden nach Umlauf (53) keine Kälber benutzt, sondern nur Jungrinder. Weibliche werden nur ausnahmeweise genommen, denn gesunde kommen nur selten auf den Markt, dagegen bewährte sich die Verwendung von Stieren und ausnahmeweise von Jungochsen, von denen die Mehrzahl im Alter von 16 Monaten bis $2^1/_2$ Jahren steht. Es folgen dann noch technische Mittheilungen über die Gewinnung des Impfstoffes.

VIII. Bericht über neuere Arbeiten auf dem Gebiete der Physiologie des Cirkulationapparates.

Von Dr. Richard Forstmann in Dresden.

Literatur.

1) Braun, Ludw., Ueber den Mechanismus der Herzbewegung u. des Herzstosses. Aus dem Institute für allgem. u. experim. Pathologie der Wiener Universität. Wien. klin. Wchnschr. XI. 5. 1898.

2) Braun, Ludw., Ueber die Rotationsbewegung der linken Herzkammer. Wien. med. Presse XXXIX. 13. 1898.

3) Staehelin, Aug., Ueber den Einfluss d. Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit mit besonderer Berücksichtigung des Erholungsvorganges u. der Gewöhnung des Herzens an eine bestimmte Arbeit. Aus der med. Klinik zu Basel. Deutsches Arch. f. klin. Med. XLIX. 1 u. 2. p. 79. 1896.

4) Athanasiu et Carvallo, Le travail musculaire et le rythme du coeur. Arch. de Physiol. 5. S. X. 2. p. 347. 1898.

5) Wenusch, Friedr. v., Die Wirkung d. Centrifugalkraft auf die Blutcirkulation. Wien. klin. Wchnschr. XI. 15. 1897.

6) Hill, L., and H. Barnard, The influence of the force of gravity on the circulation. Part. II. Journ. of Physiol. XXI. 4 and 5. p. 323. 1897.

7) Hill, Barnard and Soltau, Influence of the force of gravity on the circulation of man. Journ. of Physiol. XXII. 4. p. XIX. 1898.

8) Hill, Leonard, Arterial pressure in man while sleeping, resting, working, bathing. Journ. of Physiol. XXII. 4. p. XXVI. 1898.

9) Langendorff, O., Untersuchungen am überlebenden Säugethierherzen. III. Abhandlung. Vorübergehende Unregelmässigkeiten des Herzschlages u. ihre Ausgleichung. Arch. f. d. ges. Physiol. LXX. 9 u. 10. p. 473. 1898.

10) Bottazzi, Sur la systole „postcompensatrice". Contribution à l'excitation électrique du coeur. Arch. ital. de Biol. XXVII. 1. p. 121. 1897. Deutsch: Centr.-Bl. f. Physiol. X. 14. 1896.

11) Cushny and Matthews, On the effects of electrical stimulation of the mammalian heart. Journ. of Physiol. XXIV. 4 and 5. p. 213. 1897.

12) Heitler, Arhythmie durch Reizung des Perikardium. Wien. klin. Wchnschr. XI. 3. 1898.

13) Rodet et Nicolas, Sur quelques troubles du rythme cardiaque. Arch. de Physiol. 3. S. VIII. 3. p. 640. 1896.

14) Chatitoff, Contribution à l'étude de différentes dissociations fonctionelles du coeur. Arch. russes de Pathol. etc. IV. 4. p. 422. 1897.

15) Biedl, Ueber Innervation des Herzens. (Die Pawlow'sche Lehre.) Wien. med. Presse XXXVIII. 16. 1897.

16) Maass, Paul, Ueber die Gefässnerven der Herzwand. Vorläufige Mittheilung. Arch. f. Physiol. LXXI. 7 u. 8. p. 399. 1898.

17) Hofmann, F. B., Beiträge zur Lehre von der Herzinnervation. Aus dem physiol. Institut der Universität Leipzig. Arch. f. Physiol. LXXII. 9 u. 10. p. 409. 1898.

18) Kronecker, H., Ueber Störungen der Coordination des Herzkammerschlages. Ztschr. f. Biol. XXXIV. p. 524. 1897.

19) Barbèra, A. G., Ein Gefässnervencentrum im Hundeherzen. Ztschr. f. Biol. XXXVI. 2. p. 239. 1898.

20) Langendorff, O., Ueber das Wogen oder Flimmern des Herzens. Arch. f. Physiol. LXX. 7 u. 8. p. 281. 1898.

21) Prevost, J. L., Contribution à l'étude des trémulations fibrillaires du coeur électrisé. Revue méd. de la Suisse rom. XVIII. 11. p. 545. Nov. 1898.

22) Muskens, L. J. J., La théorie moderne sur l'action du coeur et la fonction des nerfs du coeur. Arch. de Physiol. 1897.

23) Muskens, L. J. J., The analysis of the action of the vagus nerve upon the heart. Proceed. of the Amer. Acad. of Arts and Sciences XXXIII. 11. p. 185. Febr. 1898.

24) Knoll, Ph., Ueber den Einfluss des Herzvagus auf die Zusammenziehung der Vena cava superior beim Säugethier. Arch. f. Physiol. LXXVIII. 11 u. 12. p. 587. 1897.

25) Hunt, R., and W. Harrington, Notes on the physiology of the cardiac nerves of the opossum (didelphys virginiana). Journ. of experim. Pathol. II. 6. p. 711. 1897.

26) Hunt, R., and W. Harrington, Note on the physiology of the cardiac nerves of the calf. Journ. of experim. Pathol. II. 6. p. 723. 1897.

27) Hering, H. E., Methode zur Isolirung des Herz-Lungen-Coronarkreislaufes bei unblutiger Ausschaltung des ganzen Centralnervensystems. Arch. f. Physiol. LXXII. 3 u. 4. p. 163. 1898.

28) Hofmann, A., Ueber den Zusammenhang der Durchschneidung des Nervus vagus mit degenerativen u. entzündlichen Veränderungen am Herzmuskel. Aus der med. Klinik zu Zürich. Virchow's Arch. CL. 1. p. 161. 1897.

29) Curtin, G. Roland, The influence of respiration upon the heart's action, with sphygmographic tracings of the case of cardiac inhibition. Univers. med. Mag. XI. 2. p. 69. Nov. 1898.

30) Cyon, E. v., Beiträge zur Physiologie d. Schilddrüse u. d. Herzens. Arch. f. Physiol. LXX. 3—6. p. 126. 1898.

31) Cyon, E. v., Die physiologischen Herzgifte. I. Theil. Arch. f. Physiol. LXXIII. 1 u. 2., 7 u. 8. p. 42. 339. 1898.

32) Winkler, F., Ueber den Effekt der reflektorischen Herznervenreizung unter dem Einfluss von Giften. Aus dem Laboratorium für experiment. Pathologie in Wien. Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 1 u. 2. p. 138. 1898.

33) Bottazzi, Phil., Sur le mécanisme d'action des sels de potassium sur le coeur. Arch. de Physiol. 5. S. VIII. 4. p. 882. Oct. 1896.

34) Charrin et Bardier, Influence des toxines sur le coeur. — Nature des principes actifs. Multiplicité des produits morbifiques d'un agent pathogène. Déduction. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 3. p. 554. Juillet 1897.

35) Butler, G. R., Notes upon the position of the lower border of the heart and the topographical anatomy of the organ. Univers. med. Mag. XI. 2. p. 82. Nov.

36) Cannieu, A., Note sur l'anatomie du péricarde. Arch. clin. de Bordeaux VI. 6. p. 243. Juin 1897.

37) Keiller, W., The descriptive anatomy of the human heart. Amer. Journ. of med. Sc. CXV. 4. p. 428. April 1898.

38) Weber, A., et M. Deguy, La région mitro-aortique; étude anatomique et pathologique. Arch. de Méd. expérim. IX. 3. p. 339. Mai 1897.

39) Meigs, A., The penetration of the muscular fibres of the human heart by capillaries and the existence in that organ of very large capillaries. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 2. p. 243. Jan. 1899.

40) Nyström, G., Ueber die Lymphbahnen des Herzens. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 361. 1897.

41) Jarotzky, A., Ein unmittelbar vom Herzen aufgenommenes Kardiogramm. Ztschr. f. klin. Med. XXXV. 3 u. 4. p. 301. 1898.

42) Frank, Otto, Ein experimentelles Hülfsmittel für eine Kritik der Kammerdruckcurven. Ztschr. f. Biol. XXXV. 4. p. 468. 1897.

43) Pfaundler, M., Eine graphische Darstellungsweise des auskultatorischen Herzbefundes ohne conventionelle Zeichen. Wien. klin. Wchnschr. XI. 48. 1898.

44) Holowinski, A. de, Sur la photographie des bruits du coeur. Arch. de Physiol. VIII. 4. p. 893. Oct. 1896.

45) Budier, M., Cardiographie du lapin et du cobaye (à propos d'un nouveau cardiographe). Arch. de Physiol. 5. S. IX. 3. p. 704. Juillet 1897.

In dem Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie der Wiener Universität nahm L. Braun (1) kinematographische Aufnahmen am blossgelegten Hundeherzen vor. Der Herzstoss ist vorwiegend durch die während der Systole eintretende Härte und Formveränderung des Herzens bedingt. Durch die Aufnahmen konnte Br. die systolische Umformung des Herzens einem genauen Studium unterziehen. Als Hauptmoment dieser Umformung des linken Ventrikels kann zunächst die Wölbungzunahme seiner Wände, beziehungsweise die Verlängerung seines Tiefendurchmessers festgestellt werden. Ein Querschnitt des linken Ventrikels ist während der Diastole eine elliptische Figur, während der Systole nähert sich die Form mehr oder weniger der Kreisfigur. Während der Systole tritt an der Vorderfläche des Spitzentheiles eine kugelige Prominenz hervor, die höher als der untere Herzrand liegt. Dieser systolische Herzbuckel ist am diastolischen und todten Herzen nicht vorhanden. An der Vorderfläche des Herzens, zwischen dem rechten und dem linken Ventrikel, ist während der ganzen Dauer der Systole eine tiefe Furche ausgeprägt. Sie kommt dadurch zu Stande, dass sich der linke und der rechte Ventrikel entsprechend der verschiedenen Form der Höhlen nach verschiedenen Radien krümmen, sowie durch die Hebel- und Rotationbewegungen des linken Ventrikels.

Die Hebelbewegung ist die dominirende Bewegung des linken Ventrikels, der sich die Wölbungzunahme, die Rotation, die Bildung des systolischen Herzbuckels und die Verschmälerung der Kammer zugesellen. Durch die Durchleuchtung des Herzens mit Röntgenstrahlen wird die Annahme, dass der systolische Herzbuckel den Spitzenstoss erzeugt, bewiesen. Die Umformung in der Wand des Spitzenantheils imponirt nur scheinbar als Aufwärtsbewegung der Herzspitze, der anatomische untere Rand des Herzens bleibt stets an Ort und Stelle. In dem geschlossenen Brustraume, der einen sicht- und fühlbaren Herzspitzenstoss besitzt, sind die Bedingungen vorhanden, die ein Ausweichen des Herzens in toto nach rückwärts und nach oben verhindern, und die eine Uebertragung der Umformung- und Bewegungerscheinungen des systolischen Herzens auf die linke vordere Brustwand zur Folge haben.

Derselbe Verfasser (2) stellte weitere Beobachtungen über die Rotation der linken Kammer an. Er hatte Gelegenheit, die Bewegungen des freiliegenden Herzens an einem Kranken zu beobachten, bei dem ausgedehnte Resektionen von Rippen vorgenommen waren, und an freigelegten Thierherzen (Affenherz) Versuche anzustellen. Die Rotation erfolgt in der Weise, dass das Herz mit seinem unteren und mit dem seitlichen linken Rande eine Drehung über vorn nach rechts ausführt. Die Lokomotion macht den Eindruck einer spiraligen Bewegung. Ihre Grösse nimmt an den einzelnen Punkten des linken Ventrikels in geradem Verhältnisse zu ihrer Entfernung von der Herzbasis einerseits, von der vorderen Längsfurche andererseits zu. Das Zustandekommen der Rotation wird in genügendem Maasse durch die Anordnung und durch die daraus abzuleitende Wirkung der Muskelfasern des Herzens erklärt.

Staehelin (3) prüfte den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit bei Gesunden und

berücksichtigte dabei besonders die Erholung und die Gewöhnung des Herzens an eine bestimmte Arbeit. Zur Arbeitleistung wurde der Ergostat benutzt und die Pulsuntersuchung vor und nach der geleisteten Arbeit mit dem Sphygmochronographen vorgenommen. Es wurden bei den Versuchen drei Gruppen von Arbeitleistungen in Betracht gezogen, die erste mit einer kleinen Arbeit von 1000 Kilogrammmeter, die zweite mit 4500 und die dritte mit 10000 Kilogrammmeter. Mit der Zunahme der geleisteten Arbeit trat eine entsprechende Steigerung der Pulsfrequenz nach der Arbeit ein. Man würde jedoch zu weit gehen, von einem proportionalen Verhältniss zwischen Arbeit und Pulsfrequenz zu sprechen. Das Herz ist anfänglich gegen eine selbst mässige Muskelarbeit sehr empfindlich, die Pulsfrequenz geht rasch in die Höhe, um jedoch bald ihr Maximum zu erreichen, so dass jede weitere Arbeit ohne Einfluss bleibt. Es tritt dann Herzklopfen und eine lebhafte Dyspnöe ein, die zum Aussetzen der Arbeit zwingt. Unmittelbar nach Beendigung der Arbeit sinkt die Pulsfrequenz in deutlich sichtbarer Weise. Bei kleiner Arbeitleistung ist sie nach 2 Minuten verschwunden, bei mittlerer ist die Erholung des Herzens in 10—15 Minuten eingetreten, bei grosser nach 15, 20 bis 30 Minuten und später. In vielen Fällen kann eine mehr oder weniger starke Abnahme der Herzreaktion mit der Zahl der Versuche beobachtet werden, doch tritt diese Erscheinung nicht regelmässig und deutlich genug hervor, als dass darin die Hauptwirkung der Uebung des Herzens erblickt werden darf. Es lässt sich aber eine unverkennbare Wirkung der Uebung in der Erholungsfähigkeit des Herzens verfolgen. Die Erholung tritt an den späteren Versuchstagen schon frühzeitig ein. Nach vollendeter Arbeit zeigt der Puls eine stark ausgeprägte Dikrotie. Häufig treten wellenförmige Bewegungen der Pulsreihe auf, ähnlich den unter dem Namen Traube-Hering'schen oder Mayer'schen Wellen bekannten Erscheinungen. Unregelmässigkeiten des Pulses wurden nur einige Male beobachtet. Sie treten sofort nach der Muskelarbeit auf oder sie zeigen sich, indem die Pulsation den Charakter des Pulsus bigeminus aufweist. Die Erscheinungen verschwinden jedoch bald.

Auch Athanasiu und Carvallo (4, Ref. Faust) stellten Untersuchungen über den Einfluss der Muskelarbeit auf den Rhythmus des Herzens an. Schon einfaches Beugen der Finger lässt den Herzschlag schneller werden, während das Volumen des Armes, d. h. die Quantität des Blutes, die sich darin befindet, abnimmt. Wenn mit Chloral betäubte Hunde erschüttert werden, ohne Muskelzuckungen zu bekommen, so sinkt der Blutdruck in Folge von Gefässerweiterung und die Schlagfolge des Herzens bleibt die gleiche. Treten beim gleichen Experimente Muskelzuckungen auf, so findet man Pulsbeschleunigung und zugleich Steigen des Blutdrucks. Bei angehaltenem Athem tritt nach anfänglicher Verlangsamung Pulsbeschleunigung ein, ebenso aber bei rascher Athmung in Folge von Muskelarbeit. Da die willkürliche Athembeschleunigung nur sehr geringen Einfluss auf das Herz hat, während bei festgehaltener Athemfrequenz trotz anstrengender Arbeit die Pulszahl steigt, folgern A. u. C., dass die Pulsbeschleunigung bei und nach Muskelarbeit unabhängig sowohl vom Blutdrucke, wie von mechanischen oder chemischen Einflüssen der Respiration ist [?].

v. Wenusch (5) prüfte experimentell die Wirkung der Centrifugalkraft auf die Blutcirkulation. Bei diesen Versuchen wurden Menschen in bestimmter Rückenlage auf eine kreisförmige Holzscheibe von 2 m Durchmesser gebracht; es konnten 60 Umdrehungen in der Minute vorgenommen werden, ohne dass unangenehme Erscheinungen auftraten. Stets war eine Verminderung des Blutdrucks zu beobachten, ebenso wie eine Abnahme der Pulsfrequenz, die zwischen 10 und 20 Pulsschlägen schwankte. v. W. meint, dass die Herabsetzung des Blutdrucks in den Versuchen wohl in erster Linie auf mechanische Ursachen, Vertheilung der Blutmenge, Erweiterung der Strombahnen, in zweiter auf eine eventuelle reflektorische Erregung der Vasodilatatoren durch den Splanchnicus und gleichwerthige centripetale Gefässnerven zurückzuführen sei. Die Herabsetzung des Druckes in der Aorta und die Verminderung der Herzarbeit durch die Centrifugalkraft seien vielleicht in therapeutischer Hinsicht zu verwerthen.

Hill und Barnard (6, Ref. Faust) untersuchten den Einfluss der Schwerkraft auf den Blutdruck bei verschiedenen Einflüssen am horizontal und vertikal gelagerten Versuchsthier und kommen auf Grund einer zahlreichen Reihe von Experimenten zu dem Schlusse, dass zu der Unterhaltung einer geregelten Cirkulation der Tonus der Unterleibsgefässe und die Thätigkeit der respiratorischen Brust- und Bauchmuskeln unbedingt nöthig ist. Durchschneidung der Splanchnici oder des Rückenmarks in der Höhe des 1. Brustwirbels giebt das Gefässsystem bei senkrechter Körperstellung schutzlos dem hydrostatischen Einflusse der Schwerkraft preis, der Aortendruck sinkt auf 0, das linke Herz schlägt leer, der Blutkreislauf hört auf. Dagegen hat bei normalem Verhalten der Bauchdecken und des Tonus der Unterleibsgefässe die Lageveränderung des Körpers nur einen sehr geringen Einfluss auf den Blutdruck; dasselbe gilt bei alleiniger Ausschaltung der Zwerchfellathmung.

Bei Menschen mit mangelhaftem Gefässtonus und schlaffen Bauchdecken führt die aufrechte Stellung leicht zu Hirnanämie. Im Gegensatze zu den Angaben der Hyderabad-Commission fanden H. u. B., dass Chloroform die Periode des Herzstillstandes bei Vagusreizung wesentlich verlängert, so dass das arterielle Gefässsystem fast völlig leer wird.

Bei Besprechung des mittleren Blutdrucks wenden die Vff. sich gegen die Giltigkeit der Anschauungen von E. H. Weber und halten den Vergleich des Gefässsystems mit dessen bekanntem (aus Dünndarmschlingen zusammengesetzten) Modell für nicht angängig, da das Gefässsystem ein durch Klappen und Capillaren unterbrochenes System sei, in dem grosse, durch die Vasoconstriktoren veranlasste Druckschwankungen im arteriellen Abschnitte stattfinden könnten, ohne sich im venösen oder Lungenkreislauf zu markiren. Ueberhaupt könne man von einem „mittleren Druck" nicht sprechen, zumal das ganze Gefässsystem nicht vollkommen gefüllt sei: weite arterielle Gefässgebiete könnten sich contrahiren, ohne irgend welche Blutdruckveränderung in der V. cava hervorzurufen und bei Herzstillstand fliesse das Blut in die Venen und die abhängigen Körperstellen ab, so dass die grossen Arterienstämme vollkommen leer gefunden werden.

Hill, Barnard u. Soltau (7, Ref. Faust) fanden mit ihrem Sphygmomanometer am gesunden Menschen Folgendes: 1) Der Blutdruck ist in horizontaler Körperlage in allen grossen Arterien der gleiche. 2) Beim Uebergang in die vertikale Stellung bleibt der Blutdruck in der Brachialis, wohl auch in der Carotis, derselbe oder er steigt sogar etwas. 3) Beim Sitzen wird der Druck in den Beinen höher als in den Armen. 4) Beim kräftigen, nicht ermüdeten Individuum bleibt jede Pulsbeschleunigung bei dem Uebergang aus der horizontalen in die vertikale Lage aus, tritt aber beim erschöpften (Abends) ein. Der Einfluss der Schwerkraft wird beim kräftigen Menschen, unabhängig vom Herzen, nur durch die Vasomotoren compensirt; beim geschwächten oder neurasthenischen kann nur vermehrte Schlagfolge den Druck hoch erhalten. Ohnmacht tritt ein, wenn das Herz dies nicht leisten kann.

Hill (8, Ref. Faust) fügt dem noch folgende Bemerkungen hinzu: Im Schlaf sinkt der Blutdruck nicht tiefer, als bei geistiger und körperlicher Ruhe. Im Stehen ist der Druck am Morgen höher, als im Liegen. Im kalten Bade steigt der Druck zunächst, um aber bald trotz Fröstelns, bei ruhigem Verhalten auf die gewöhnliche Höhe wieder abzusinken. Im heissen Bade sinkt der Druck unter seinen Ruhewerth. Thee lässt ihn steigen, Alkohol mässig sinken, Mahlzeiten sind von sehr geringem Einflusse.

Langendorff (9) hat am überlebenden Säugethierherzen vorübergehende Unregelmässigkeiten des Herzschlages und ihre Ausgleichung untersucht. Das Herz besitzt die Fähigkeit trotz vorübergehender Störungen seine Arbeitleistung gleichmässig zu erhalten. Wenn man das Herz durch einen Einzelreiz treffen und so eine Extracontraktion ausführen lässt, so erkennt man deutlich die Vergrösserung der der jedesmaligen compensatorischen Pause folgenden Systole. Je kleiner die Extrazusammenziehung, um so grösser ist die der Pause folgende compensatorische Systole. Auch an den Vorkammern wurde die am Ventrikel beobachtete Verstärkung der auf die Compensationpause folgenden Systole gefunden. Auch Bottazzi (10, Ref. Faust) hat beim 11—12 Tage alten Hühnerembryo, dessen Ventrikel noch ganglienlos sind, beobachtet, dass einer durch einen Reiz hervorgerufenen Extrasystole eine übernormale Contraktion folgt. Dasselbe tritt am Herzen der erwachsenen Kröte ein. Bottazzi nimmt an, dass während der Vagusruhe eine grössere Thätigkeit der chemischen Integrationvorgänge in den Muskelzellen stattgefunden habe, deren Folge das Freiwerden einer entsprechenden Energiemenge vom Herzen aus, d. h. eine stärkere Systole, sein müsse. Nach Langendorff ist die grössere Stärke der compensatorischen Systole vermuthlich dadurch bedingt, dass der Herzmuskel in gleichen Zeiten gleiche Energiemengen ausgiebt, dass die künstlich hervorgerufene Systole aber nur einen Bruchtheil der disponiblen Spannkraft in Anspruch nimmt, so dass die Entbindung eines grösseren Kraftvorrathes nach Ablauf der Pause, die compensatorische Systole, folgt. Auch aus nicht erkennbaren Ursachen kommen vorübergehende spontane Störungen des Herzrhythmus vor, die an diejenigen erinnern, die man bei der Anwendung intercurrenter elektrischer oder mechanischer Einzelreize sieht. Auch hier folgt auf eine Extracontraktion eine verstärkte Systole. Die Erscheinung des irregulären Pulsus intermittens ist der am überlebenden Säugethierherzen beobachteten Störung ähnlich.

Auch Cushny und Matthews (11, Ref. Faust) lösten durch elektrische Reizung der Ventrikel am Hundeherzen ausserhalb des normalen Rhythmus Contraktionen aus. Auch sie fanden, dass jeder genügende Reiz nach der Contraktion eine verlängerte Pause und hierauf eine besonders starke Contraktion zu Folge hat, worauf der Ventrikel seinen gewöhnlichen Contraktionrhythmus wieder aufnimmt. Im Gegensatze zu Laulaine nehmen sie an, dass auch das Hundeherz, wie das Froschherz eine refraktorische Phase hat, die ungefähr in der Mitte der diastolischen Pause beginnt und sich bis kurz vor Vollendung der Systole erstreckt. Unmittelbar vor Beginn der refraktorischen Periode ist die Reizbarkeit des Ventrikels am grössten und wächst ausserdem mit der Dauer der Reizung, so dass der Rollenabstand immer grösser gewählt werden kann.

Mit experimentellen Studien im Laboratorium von Basch über Herzarhythmie beschäftigt, fand Heitler (12), dass bei Reizung des Perikardium am freigelegten Hundeherzen Arhythmie entsteht. Dabei waren einige Stellen, wie die obere Gegend am Sulcus longitudinalis, die Herzspitze u. s. w., empfindlicher wie andere. Wenn man bei diesen Versuchen das Perikardium unempfindlich machte,

indem man es mit Cocainlösung bepinselte, so konnte Arrhythmie nicht erzielt werden.

Rodet und Nicolas (13) beobachteten durch Versuche an Hunden die Einwirkung von Verwundungen des Herzens durch Stiche oder Schnitte. Sie fanden, dass Stiche keine schweren Erscheinungen hervorrufen, nur unmittelbare und vorübergehende Einwirkungen auf den Rhythmus des Herzschlages. Die Folgen sind unbedeutend oder gleich Null. Schwere Erscheinungen treten jedoch dann auf, wenn durch die Verwundung Coronargefässe verletzt sind, die eine Hämorrhagie hervorrufen. (Vgl. dagegen Kronecker's Arbeit über die Störungen der Coordination des Herzkammerschlages unten.) Auch bei Schnitten mit dem Bistouri ist die Schwere der auftretenden Herzerscheinungen nur durch die Hämorrhagie bedingt. Eine unmittelbar auftretende Synkope ist nach Ansicht der Vff. nicht durch die Verletzung des Herzens selbst hervorgerufen, sondern beruht auf den Folgen, Blutverlust, Ansammlung von Blut im Perikard. Die traumatischen Reizungen, namentlich die Stichverletzungen, üben eine stimulirende Wirkung auf das Herz aus, die sich verschieden ausdrücken kann, einmal durch Antecipation einer normalen Systole, oder durch die Beschleunigung normaler systolischer Contraktionen, oder es können auch rasch auf einander folgende Contraktionen sein, die in der Höhe und Form auf der Curve sehr verschieden sind.

Chatitoff (14) giebt einen Beitrag zu dem Studium der verschiedenen Schlagfolge des Herzens. Er bezeichnet als aktive Dissociationen diejenigen, die bei Compensationstörungen ergänzend eintreten und als passive solche, die in dem Falle zu Stande kommen, wenn das Herz nicht mehr die vom Körper geforderte Arbeit leisten kann. Bei Hemisystolia transversal. commun. contrahiren sich die Herzohren 2mal schneller als die Ventrikel (oder umgekehrt), bei der Hemisystolia transversal. dext. oder sinist. betrifft diese Schlagfolge nur die rechte oder die linke Herzhälfte. Bei der Hemisystolia longitudinal. simpl. entsprechen 2 Contraktionen des rechten Ventrikels einer des linken, die mit der 1. des rechten Ventrikels zusammenfällt. Bei der Hemisystolia invers. entsprechen 2 Contraktionen des linken Ventrikels einer des rechten, die mit der 2. des linken Ventrikels zusammenfallen muss. Bei der Systolia alternans contrahiren sich die beiden Ventrikel abwechselnd. Bei den passiven Dissociationen hängt der Mangel der Contraktion von der Schwäche des Ventrikels ab. Ch. bezeichnet diese als Bigeminie des synchronen Herzschlages, als Pseudohemisystolia simpl. (sichtbarer Mangel der 2. Contraktion des linken Ventrikels) und als Pseudohemisystolia alternans (paralytische Contraktionen des rechten Ventrikels, während der linke sich energisch contrahirt). Was die Aetiologie der Störungen in der Schlagfolge anbetrifft, so können sie auf destruktiven Veränderungen am Herzen, auf Störungen in der Blutcirkulation, auf Einflüssen auf die Innervation des Herzens und auf therapeutischen Heilmitteln aus der Gruppe der Digitalis beruhen.

In einem Aufsatze über die Innervation des Herzens fasst Biedl (15) das Thatsachenmaterial zusammen, auf das sich die Lehre von den vier centrifugalen Nerven des Herzens stützt. Pawlow hatte 1887 in seiner Arbeit über die centrifugalen Nerven des Herzens durch Versuche gezeigt, dass die Arbeit des Herzens nicht nur durch verlangsamende und beschleunigende Fasern, durch die Vagi und Nervi accelerantes, sondern auch durch schwächende und verstärkende Fasern regiert werde. Durch Reizung des Vagus nach Vergiftung mit Convallariatinktur und nach Reizung des durch anatomische Präparation blossgelegten, von ihm sogenannten „starken inneren Zweiges“ konnte er stets Blutdrucksenkung bei nur wenig schwankender Pulsfrequenz nachweisen. Die verstärkenden, sogenannten pressorischen Fasern riefen nach vorhergehender Lähmung der Antagonisten durch Atropin oder bei deren Erschöpfung nach wiederholter Reizung starke Blutdrucksteigerung hervor, ohne dass sich die Schlagfolge des Herzens änderte. Ueber die Natur der neuen Herznerven konnte sich Pawlow nur andeutungsweise äussern. Entweder sind diese Fasern Gefässnerven der Coronararterien und wirken auf das Herz, indem sie dessen Ernährung beeinflussen, oder es sind specifische Nerven, die die Reizbarkeit des Herzmuskels steigern oder vermindern.

Die Ansicht, dass die den Herzschlag verstärkende oder abschwächende Wirkung auf der Erregung gefässverengernder oder gefässerweiternder Fasern beruht, hält Maass (16) auf Grund seiner Versuche, die er über die Gefässnerven der Herzwand anstellte, nicht für unwahrscheinlich. Er giebt eine vorläufige Mittheilung der Resultate, der die von der Rostocker med. Fakultät preisgekrönte ausführliche Arbeit folgen wird. Er fand, dass der Vagus verengernde Fasern für die Gefässe der Herzwand führt, dass daneben sich auch Gefässerweiterer, wenn auch in geringerer Menge und nicht regelmässig, nachweisen lassen. Die Dilatatoren der Herzgefässe stammen wahrscheinlich aus dem Rückenmarke, passiren das Ganglion stellat. und gelangen durch die Ansa Vieussenii zum Herzen. Die Gefässverengerer schlagen somit den Weg der herzhemmenden, die Erweiterer den der herzbeschleunigenden Fasern ein.

Hofmann (17) theilt in einer ausführlichen Arbeit Beiträge zur Lehre von der Herzinnervation mit. Die Ergebnisse seiner Versuche sind zusammengefasst die folgenden: Die durch rhythmische direkte Reizung der Vorhöfe oder des Ventrikels des Froschherzens ausgelösten Contraktionen werden durch die Vagusreizung vorübergehend abgeschwächt. Die Abschwächung kann an den Vorhöfen so weit gehen, dass man mit keinem Mittel

eine Bewegung wahrnehmen kann, dass also durch Vagusreizung eine anscheinende Unerregbarkeit dieser Herzabschnitte hervorgerufen wird. Diese Vaguswirkung tritt in gleicher Weise auf am Herzen in situ bei erhaltenem Kreislaufe, wie am herausgeschnittenen unversehrten oder durch Eröffnung der Vorhöfe und Freipräpariren der Scheidewandnerven verletzten Herzen, bez. an dem durch Abtrennung des Sinus bei Erhaltung der Scheidewandnerven zum Stillstande gebrachten Ventrikel (Scheidewandnervenpräparat). H. nennt den Zustand der Vorhöfe oder des Ventrikels, in dem diese auf künstliche Reize sowohl, als auf die normale innere Erregung mit schwächeren Contraktionen reagiren als im normalen Zustande, den *hypodynamen* Zustand. Am Scheidewandnervenpräparate werden durch Reizung der Verstärkungfasern die durch direkte rhythmische Ventrikelreizung hervorgerufenen Contraktionen ebenso verstärkt, wie die auf die normalen sogen. inneren Reize erfolgenden Contraktionen. Dieser Zustand des Ventrikels wird als *hyperdynamer* bezeichnet. Der Ventrikel reagirt im hypo- und hyperdynamen Zustande ebenso wie im normalen auf Momentanreize stets maximal. Die Contraktionstärke ist also stets unabhängig von der Reizstärke. Der Einfluss der Pause äussert sich im hypo- und hyperdynamen Zustande ebenso wie im normalen. Am spontanschlagenden Herzen kann bei Vagusreizung in Folge des entgegenwirkenden Einflusses der gleichzeitigen Frequenzänderung der hypo- und hyperdyname Zustand des Ventrikels ganz maskirt werden. So können im hypodynamen Zustande wegen des gleichzeitigen Seltnerwerdens der Herzschläge die Contraktionen höher sein als im normalen, und umgekehrt, im hyperdynamen Zustande können die Contraktionen in Folge einer gleichzeitigen starken Beschleunigung der Frequenz niedriger sein als im normalen Zustande. Die Aenderung der Contraktionstärke des Vorhofes und Ventrikels bei Vagusreizung beruht auf einer durch den Vagus hervorgerufenen Zustandsänderung der Muskulatur dieser Herzabtheilungen.

In dem II. Theile seiner Abhandlung, der weitere Untersuchungen über die Funktion der Scheidewandnerven des Froschherzens enthält, kommt H. zu den folgenden Ergebnissen: Mittels der Methode der rhythmischen Reizung lässt sich streng nachweisen, dass alle jene Vagusfasern, die die Stärke der Ventrikelcontraktionen beeinflussen, ausschliesslich in den Scheidewandnerven verlaufen. Ausserdem üben die Scheidewandnerven durch rückläufige, von der Atrioventrikulargrenze aus in den Vorhof einstrahlende Fasern einen Einfluss auf die Stärke der Vorhofscontraktionen aus. Die Stärke der Ventrikelcontraktionen ist von der Stärke der vorausgehenden Vorhofscontraktionen vollkommen unabhängig. Bei direkter rhythmischer Reizung des Vorhofes treten unter Umständen bei starker Vaguswirkung sogar dann noch Ventrikelcontraktionen auf, wenn die Vorhofscontraktionen bis zur Unmerklichkeit abgeschwächt sind. Durch Reizung der Scheidewandnerven kann die Ueberleitung der Erregung vom Vorhofe zum Ventrikel vorübergehend gehemmt werden. Diese Vaguswirkung wird ebenfalls nur durch die Scheidewandnerven vermittelt und sie tritt regelmässig dann ein, wenn das Gewebe der ganglienfreien Vorhofswand an der Atrioventrikulargrenze zuvor irgendwie geschädigt wurde. Die Resultate der Versuche an den Scheidewandnerven des Froschherzens stimmen überein mit den Versuchsergebnissen von Gaskell am Coronarnerven des Schildkrötenherzens. Der wesentlichste Unterschied ist der, dass die Scheidewandnerven die einzige anatomisch und physiologisch nachweisbare Fortsetzung des Vagus zum Ventrikel bilden, während der Coronarnerv nur ein Zweig des rechten Vagus zur Atrioventrikulargrenze ist. Die gefundenen Thatsachen lassen sich am einfachsten durch die Engelmann-Gaskell'sche Theorie der intramuskulären Leitung der Erregung im Herzen erklären.

Während so Hofmann die Theorie der intramuskulären Erregungleitung für die wahrscheinlichste aller bis heute aufgestellten hält, erkennt Kronecker (18) die Theorie vom myogenen Herzpulse nicht als erwiesen an. In dem Jubelbande der Zeitschrift für Biologie zu Ehren von W. Kühne stellt er die Resultate seiner langjährigen Erfahrungen über Störungen der Coordination des Herzkammerschlages zusammen, indem er dabei eingehend die Arbeiten der in Betracht kommenden Autoren bespricht. Die Einzelheiten der ausführlichen Arbeit können hier nicht wiedergegeben werden, da eine erschöpfende Darstellung den Rahmen dieses Berichtes überschreiten würde. Schon 1884 hatte Kr. mit Schmey beobachtet, dass nach der Verletzung einer anatomisch noch nicht genau bestimmten Stelle der Kammerscheidewand die Pulsation der Herzkammern aufhört, und dass diese in fibrilläre Zuckungen verfallen. Er nimmt an, dass an dieser Stelle ein Kreuzungpunkt der Innervationwege liegt, der in der Norm als Coordinationcentrum für die Muskulatur der Herzkammern dient.

Seine Versuche führten ihn zu dem Schlusse, dass die Coordination des Herzkammerschlages, auf welche Weise sie auch gestört werde, ob durch Verschluss der Coronararterien, oder durch elektrische Reizung, oder durch den Septumstich, oder durch Abkühlung, oder durch Vergiftung (zumal mit Chloroform) stets, in letzter Linie, durch vorübergehende Anämie der Herzkammerwandungen die Lähmung der schlagerhaltenden Nervengeflechte veranlasst. Elektrische Reizversuche zeigten, dass, wenn man das Coordinationcentrum zwischen die Elektroden genommen hat, man viel geringerer Stromstärke bedarf, um Flimmern des Herzens hervorzurufen, als von entfernten Stellen aus. Die

Lähmung folgte, genau wie mechanischen und elektrischen Eingriffen, auch der Kranzarterienverschliessung, die auf verschiedenen Wegen erzielt wurde. Die Abkühlung des Herzens von Hunden auf 25—27° C. erzeugt Flimmern, dagegen konnte das Herz durch Erwärmen mit Kochsalzlösung von nahezu 50° C. nicht gelähmt werden. Aus Injektionversuchen schliesst Kr., dass nervöse Elemente, die nur äusserst kurze Zeit eine Anämie vertragen (ähnlich dem Gehirn) durch die Embolie sofort gelähmt werden. Da von kleinen peripherischen Bezirken der Coronargefässe Flimmern der Herzkammern ausgelöst werden kann, so handelt es sich um reflektorische Vorgänge. Das Gefässnervencentrum der centripetalen Gefässnervenbahnen scheint in der Herzkammerscheidewand zu liegen, da es durch den Kr.'schen Nadelstichversuch in solche Erregung versetzt wird, dass die hiernach erfolgende Anämie die Coordination der Herzpulse vernichtet.

Diese Kronecker'sche Hypothese, dass der die Coordination beherrschende Bezirk in der Kammerscheidewand ein Gefässnervencentrum enthalten müsse, machte Barbèra (19) zum Studium einer Nachprüfung im Kronecker'schen Laboratorium. Er versuchte dieses Gefässcentrum zu lähmen. Dann musste das Herz den erregenden tödtlichen Eingriffen widerstehen können. Während nach Aufhören der elektrischen Reize die Herzen der meisten untersuchten Thiere wieder coordinirt zu schlagen begannen, starb das Herz des Hundes stets flimmernd ab. Durch seine Versuche zeigt B. jedoch, dass auch das Hundeherz sich von fibrillären Zuckungen erholen kann, wenn seine Kranzgefässe gelähmt sind. Das geeigneteste Mittel, die Gefässe zu lähmen, scheint die andauernde Erwärmung zu sein. In minderem Maasse ist auch das Chloralhydrat hierzu befähigt.

Im Gegensatze zu Kronecker glaubt Langendorff (20) nicht, dass es zulässig ist, das durch elektrische Reizung des Herzens hervorgerufene Flimmern durch die Erregung eines im Herzen befindlichen gefässverengenden Centralapparates zu erklären. Aus seinen Beobachtungen geht hervor, dass zwar der Herzmuskel für sich die Fähigkeit besitzt, in elektrisches Flimmern zu gerathen, dass aber am Auftreten des elektrischen Flimmerns am unverletzten Herzen höchst wahrscheinlich die gangliösen Apparate in erster Linie betheiligt sind. Was von dem Flimmern bei elektrischer Durchströmung gilt, hat vermuthlich auch für den auf andere Weise zu Stande kommenden Verlust der Coordination Geltung. Bei unipolarer Reizung durch einzelne, auch starke Induktionschläge, sowie durch kurzdauernde Kettenströme von grosser Stromstärke liess sich das Wogen nicht erzeugen. Bei Versuchen, die L. anstellte, um zu beobachten, ob die Durchfrierung solcher Stellen der Herzwand, die grössere Coronararterien nicht enthalten, die Coordination der Kammerbewegungen stört oder vernichtet, entstand in keinem Falle Wogen. Seine Beobachtungen stehen mit den Gefrierversuchen von Kronecker im Widerspruche. Dass die Anämie allein nicht nothwendig Wogen zur Folge hat, zeigt er dadurch, dass eine angeschnittene Art. coronaria mehrere Minuten lang spritzt, ohne dass das Herz in Flimmern geräth.

Auch für Prevost (21), der sich mit dem gleichen Thema beschäftigte, scheinen mehrere Thatsachen im Widerspruche mit der Hypothese von Kronecker zu sein. Diese erklärt nicht, wie ein Herz, das flimmert, seine rhythmischen Contraktionen wieder aufnimmt, wenn man es aus dem Thierkörper entfernt und es in Stücke schneidet. Auch ein Herz, das man aus dem Thorax herausnimmt, kann in Flimmern gerathen. In diesem Falle kann das Wogen nicht auf eine vasomotorische Contraktion der Coronararterien bezogen werden und Anämie hervorrufen. Kaltblüter zeigen kein Flimmern; ältere Hunde sterben rasch, wenn einmal das Flimmern begonnen hat. Ganz junge oder mit Coniin behandelte können sich erholen.

Muskens (22) giebt eine Uebersicht der Entwickelung der modernen Theorie der Herzaktion und der Funktion der Herznerven. Er schliesst, dass die intrakardialen Ganglien nicht die Quelle der spontanen Herzcontraktionen sein können. Er stellte Versuche über die Sensibilität des Herzens und über die Reflexe von einem Theile des Herzens zum andern an. Neben der Hypothese Engelmann's, die eine myogene Autoregulation annimmt, glaubt M. nach seinen Versuchen auf eine neurogene Autoregulation, die von den Reflexen abhängig ist, schliessen zu können.

In einer weiteren Arbeit bestätigt Muskens (23, Ref. Faust) durch Untersuchungen, die im Laboratorium von Engelmann angestellt wurden, dass am Froschherzen die Contraktionwellen von dem Venensinus ausgehen, unter dem Einflusse des Vagus aber unterbrochen werden. Er hält die dromotrope Wirkung des Nerven, den Effekt der Vagusreizung auf die Leitung der Erregung im Herzen, für viel bedeutender als die chronotrope, die frequenzverändernde Wirkung dieses Nerven.

In seiner Untersuchung über die Wirkung des Herzvagus bei Warmblütern hat Knoll angegeben, dass an dem unter dem Einflusse der Erstickung absterbenden Hundeherzen während der Vagusreizung Verschiedenheiten in den Zusammenziehungen zwischen der oberen Hohlvene und dem rechten Vorhofe zu Tage treten können. Nach neueren Beobachtungen (24) erfährt der Rhythmus der Contraktionen der Vena cava sup. bei Vagusreizung im Allgemeinen dieselben Veränderungen wie jener des Herzschlages. Dabei entspricht jedoch nicht nur jedem combinirten Vorhofs-Ventrikelschlage, sondern jedem isolirten Vorhofs- oder

Ventrikelschlage eine Venencontraktion. Bei einer zum Herzstillstande führenden Vagusreizung erschlafft die Venenwand und verharrt in Ruhe. Führt die Reizung zur Vorhofsruhe, während der Ventrikel schlägt, so beobachtet man mit den Ventrikelschlägen isorhythmische Venencontraktionen. Die Contraktion der Vene eilt jener des Herzens um ein minimales Zeittheilchen voraus. Dieses Vorauseilen spricht wie noch einige andere Gründe ebenfalls für die Ansicht Engelmann's, dass die rhythmischen Impulse für die Herzthätigkeit von den grossen Venenstämmen ausgehen.

Hunt und Harrington (25, Ref. Faust) untersuchten die Herznerven der Beutelratte und fanden im Allgemeinen dieselben Verhältnisse wie bei den sonst experimentell untersuchten Säugethieren. Die Pulszahl der Beutelratte ist etwa 120, der Carotisdruck 120—135 mm Hg. Die gefundenen Unterschiede sind kurz folgende: 1) Reizung des Vagus hat bei geringeren Reizen Herzstillstand zur Folge als bei anderen Säugethieren; auch die Nachwirkung ist eine viel längere. Trotz grosser Verlangsamung behält der Blutdruck seine Höhe oder steigt sogar. 2) Während beim Kaninchen die verlangsamende Wirkung der Depressorreizung rasch nachlässt, hält sie bei der Beutelratte an, so lange die Reizung dauert. 3) Auffällig ist die Neigung der Ventrikel, bei Acceleransreizung unregelmässig zu schlagen; anfangs hat die Reizung sogar Verlangsamung zur Folge; wahrscheinlich deshalb, weil die Ventrikel nicht prompt den anregenden Aurikelcontraktionen folgen. Wird bei gleichzeitiger Vagusreizung der Accelerans gereizt, so ist die Steigerung der Pulsfrequenz eine relativ grössere als bei alleiniger Acceleransreizung.

Aehnliche Untersuchungen, die Hunt und Harrington (26, Ref. Faust) am Kalbe anstellten, zeigten, dass Vagusreizung besonders Verlangsamung der Ventrikelcontraktionen zur Folge hat, während die Herzohren nur wenig beeinflusst werden (umgekehrt wie beim Hunde). Auch die Nachwirkung ist ausgesprochener an den Ventrikeln. Offenbar leidet durch die Reizung die Leitungsfähigkeit der die Herzohren und Ventrikel verbindenden Muskelfasern. Acceleransreizung bessert vorübergehend ihre Leitungsfähigkeit, wirkt zunächst aber nur auf die Herzohren beschleunigend, während die Schlagzahl der Ventrikel anfangs geradezu verlangsamt wird (Engelmann 1896).

Hering (27) prüfte eine Methode, den Herz-Lungenkreislauf zu isoliren, indem er nach Einbinden einer U-förmigen Glaskanüle in das centrale Ende der einen Carotis und der gleichseitigen Jugularis in bestimmter Reihenfolge die Aorta und Art. subclavia dextr. et sin. abband, während mit der anderen Carotis ein Manometer in Verbindung gesetzt wurde. Auf diese Weise cirkulirt das Blut innerhalb folgenden Kreises: Linker Ventrikel, Aorta descend., Truncus anonym., Carotis, U-förmige Kanüle, V. jugularis; rechter Vorhof, rechter Ventrikel, Lungengefässe, linker Vorhof, linker Ventrikel. Ausserdem besteht der Coronarkreislauf. Die venösen Gefässe werden dabei nicht abgebunden. Bei dieser Methode wird die Funktion des centralen Nervensystems total ausgeschaltet. H., der diese Methode zu sehr vielen Versuchen benutzte, um die Funktion des Herzens, seiner Gefässe und der Lungengefässe zu studiren, theilt einige Resultate mit. Ein grosser Vortheil besteht darin, dass man lange die künstliche Ventilation aussetzen kann, ehe das Blut deutlich venös wird. Der Blutdruck kann leicht gesteigert werden, indem man die mit der Autotransfusionkanüle verbundene Carotis abklemmt. Bei dieser Blutdrucksteigerung, die ganz unabhängig vom centralen Nervensysteme erfolgt, werden sehr oft Unregelmässigkeiten des Herzschlages beobachtet. Die Methode wurde ferner angewendet, um die Einwirkung der Blutdrucksteigerung auf die Erregbarkeit der Herzhemmungsfasern des Vagus, sowie um das Verhalten des Blutdrucks hierbei und bei Erwärmung und Abkühlung des Blutes zu studiren. Wenn nach längerem Bestehen des Herz-Lungenkreislaufes der Verschluss an der Aorta gelöst wurde, so sank natürlich der Blutdruck rasch ab, um nach einer erneuten Abklemmung nach $^1/_2$—1 Minute wieder fast ganz auf die Höhe zu steigen, auf der er sich vorher befand. Diese Thatsache des Wiederansteigens ist deshalb interessant, weil bei dem Versuche der vom Centralnervensysteme abhängige Tonus der Gefässe total eliminirt war. Das Blut strömt zum Theile wieder zu dem Herzen zurück; das Zurückströmen nach der temporären Aortenlüftung erklärt H. aus den elastischen Kräften der Gefässe.

Um festzustellen, ob die von Eichhorst gefundene akute Verfettung des Herzmuskels nach doppelseitiger Vagusdurchschneidung auf den Wegfall wirklich trophischer Fasern zurückzuführen sei oder ob es sich dabei, wie von Zander, Anrep, Wassilieff, Knoll behauptet wird, nur um sekundäre Erscheinungen handle, ob sie eine Folge der Cirkulationstörung, der Dyspnöe oder der Inanition sei, stellte Hofmann (28) in der Klinik von Eichhorst Untersuchungen an Kaninchen an. Er fand, dass die einseitige Vagusdurchschneidung in den meisten Fällen gut vertragen wird. In vereinzelten Fällen gehen die Thiere an Pneumonie, seltener an einem Herztode zu Grunde. Die Folgen der einseitigen Vagusdurchschneidung, wie sie Fantino schildert, degenerative Processe an den Muskelfasern und entzündliche Infiltrationen mit Bindegewebeentwickelung, konnte er niemals finden. Nach doppelseitiger Vagusdurchschneidung tritt eine akute fettige Degeneration des Herzmuskels und eine abnorme Zerreissbarkeit der kleinen Herzgefässe auf, die eine Folge des Wegfalls specifisch trophischer Fasern ist. Zugleich finden sich als

mittelbare Folge myo-, seltener endokarditische Herde. Die Ansiedelung von im Blute kreisenden Staphylokokken im Herzen wird bei Kaninchen bei theilweisem oder gänzlichem Ausfalle des Vaguseinflusses nicht begünstigt.

Curtin (29, Ref. Faust) beobachtete einen 26jähr. gesunden Arzt, der nach Belieben seine Herzthätigkeit verändern, sechs Schläge lang sogar zum Stillstande bringen konnte, wie an einer Reihe von Sphygmographien demonstrirt wird. Sistirung der Athmung, starkes exspiratorisches Pressen und intensive Willensanstrengung waren zur Erreichung des Herzstillstandes nöthig. Aus der Literatur wird eine Anzahl ähnlicher Fälle angeführt (unter anderen der eines amerikanischen Obersten, der angeblich eine halbe Stunde sein Herz still stehen lassen konnte [??]). Ueberall bei Sterbenden, bei Kranken mit Herzfehlern, bei Apoplexie, bei Opiumvergiftung erweist sich die Abhängigkeit der Pulsfrequenz von der Athmung. Skiagraphisch lässt sich nachweisen, dass bei angehaltenem Athmen das Herz sich weniger füllt als bei normaler Athmung. Umgekehrt bringt künstliche Athmung das Herz des decapitirten Thieres, des asphyktischen Neugeborenen wieder zum Schlagen.

E. v. Cyon (30) theilt Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und des Herzens mit. Es würde den Rahmen dieses Berichtes wohl überschreiten, ein genaues Referat dieser umfassenden Arbeit zu geben, und es muss daher Jedem, der sich mit den Krankheiten der Schilddrüse bekannt machen will, empfohlen werden, das Original durchzulesen. v. C. bespricht die Anatomie der Herz- und der Schilddrüsennerven beim Pferde und Hunde und beschreibt Versuche über die dritte Wurzel des Depressor. Aus diesen Versuchen ist ersichtlich, dass der Depressor ausser den schon bekannten Nervenfasern, die den Tonus des Gefässcentrum herabzusetzen vermögen und die centralen Vagusenden in Erregung versetzen, noch eine dritte Art Fasern besitzt, die erregend auf die Centren der Accelerantes wirken. Durch die Ergebnisse der Versuche über die Wirkungen der Herz- und Schilddrüsennerven auf die Schilddrüse wurde der Beweis geführt, dass in der Drüse besonders günstige Bedingungen gegeben sind, um grosse Blumengen in kurzer Zeit durch die Gefässe durchströmen zu lassen. Diese Bedingungen sind sowohl durch die Wirkungsweise der Schilddrüsennerven auf die Blut- und Lymphcirkulation, als durch die Beeinflussung dieser Gefässe durch die Herznerven gegeben.

Die Schilddrüsen haben die Aufgabe, die Jodsalze, die auf das System der Vagi und Sympathici giftig wirken, unschädlich zu machen durch Ueberführung in eine organische Verbindung (das *Jodothyrin*), die auf dieselben Systeme anregend und ihre Leistungsfähigkeit erhöhend wirkt. Es besteht eine Harmonie zwischen dieser chemischen Aufgabe der Schilddrüse und ihrer vielleicht noch wichtigeren mechanischen Rolle im Körper. Diese mechanische Rolle beruht darauf, dass die Schilddrüsen als Schutzvorrichtungen für das Gehirn gegen Ueberfüllung mit Blut fungiren. Bei plötzlichen Steigerungen des Blutdrucks, sei es durch verstärkte Herzarbeit, sei es durch Vermehrung der Widerstände in den peripherischen Blutbahnen, vermögen die Schilddrüsen, dank der oben erwähnten Fähigkeit, grosse Blutmengen durch ihre Gefässe in kurzer Zeit durchzuleiten, also direkt von der Carotis in den Venenblutstrom zurückzuführen und ihnen den Eintritt in die Schädelhöhle zu verwehren. Die Schilddrüsen spielen in solchen Fällen die Rolle von Nebenschliessungen von sehr geringem Widerstande. v. C. beschreibt die Wirkungsweise der Herznerven und die Erregungsgesetze der Herzganglien. Der normale Herzschlag ist wahrscheinlich, was Stärke und Schlagzahl betrifft, die Resultante der gleichzeitigen Erregungen der hemmenden und der beschleunigenden Nerven. Die Resultanten der gemeinsamen Reizung der Vagi und Accelerantes sind in hohem Grade von dem Erregbarkeitzustande ihrer Herzganglien abhängig.

. Durch die angeführten Untersuchungen glaubt v. C. gezeigt zu haben, dass Jodothyrin im Stande ist, die durch strumöse Erkrankungen, Thyreoidektomie, sowie durch Jodnatrium erzeugten lähmenden Einflüsse auf die Herzvagi und Depressores aufzuheben, auch wenn diese Einflüsse bis zur vollständigen Vernichtung der Erregbarkeit dieser Nerven geschritten sind. Das Hauptergebniss neuerer Versuche (31) besteht darin, dass Jodothyrin ebenfalls im Stande ist, auch die lähmenden Wirkungen solcher absoluter Vagusgifte, wie Atropin und Nicotin, momentan zu verhindern. Das Jodothyrin ist also eines der wichtigsten im Körper entstehenden physiologischen Herzgifte, dazu bestimmt, die Erregbarkeit der regulatorischen Herznervenapparate auf normaler Höhe constant zu erhalten und sowohl die inneren, wie die äusseren schädlichen, toxischen Einwirkungen auf diese Apparate zu beseitigen und zu bekämpfen.

Winkler (32) stellte im Laboratorium von Basch Versuche an über die Wirkung der reflektorischen Herznervenreizung unter dem Einflusse von Giften. Grossmann hatte gezeigt, dass die Reizung des centralen Stumpfes einiger Nerven die Herzarbeit begünstigt, indem der arterielle Blutdruck ansteigt und der Druck im linken Ventrikel absinkt. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dass der Ischiadicus der einen Seite freigelegt und faradisch gereizt wurde. Nachdem man sich von der erwähnten reflektorischen Herzreaktion überzeugt hatte, wurde den Thieren Muscarin, Amylnitrit oder Natriumnitrit gegeben. Bei der Muscarinvergiftung ist die Reaktion des Herzens gegenüber der Norm wesentlich herabgesetzt, indem die Ischiadicusreizung nur eine geringe Besserung der Herzarbeit hervorruft. Noch deutlicher tritt der schädigende Einfluss auf die Herz-

arbeit bei der Intoxikation mit Natriumnitrit zu Tage. Am auffallendsten ist jedoch die Aenderung der Herzaktion bei Einführung von Amylnitrit, die Reizung des Ischiadicus geht hier immer mit einer starken Schädigung der Herzarbeit einher. Die günstige Reaktion des Herzens gegenüber sensiblen Reizen wird also durch die Einverleibung von Herzgiften entweder aufgehoben oder mindestens verringert, indem die systolische Contraktionfähigkeit des Herzens eine Einbusse erleidet. Die Pulsfrequenz erleidet nach Reizung des Ischiadicus eine Verlangsamung, bei der Muscarinvergiftung tritt nach der Reizung eine ziemlich bedeutende Steigerung der Pulsfrequenz ein.

Bottazzi (33) stellte an Herzen von Rana esculent. und Bufo virid. Versuche über den Mechanismus der Einwirkung der Kalisalze (KNO_3, KCl, K_2CO_3) an. Die Kalisalze haben je nach der Dosis, in der sie angewendet werden, eine verschiedene Wirkung. In kleinen Dosen regen sie die motorische Funktion des Organs an, in mittleren ermüden sie sie und in grossen Dosen lähmen sie das Herz.

Charrin und Bardier (34, Ref. Faust) untersuchten den Einfluss der alkohollöslichen Theile der Pyocyaneus- und Diphtherietoxine auf das Herz des Frosches, Hundes und Kaninchens. In beiden Fällen fanden sie bald Verlangsamung, bald Beschleunigung der Schlagfolge, Arrhythmie und Aufhebung des Synchronismus der Ventrikelcontraktionen. Weder der Alkoholniederschlag, noch die abgetödteten Mikroben selbst beeinflussten das Herz in nennenswerther Weise. Die einzelne Mikrobe erzeugt Stoffe verschiedener Art, die in ihrer Wirkung ebenso verschieden sind.

Nach Butler (35, Ref. Faust) liegt die untere Herzgrenze beim Lebenden nicht wie bei der Leiche in der Höhe der 6. Rippe, an der Grenze zwischen Sternum und Process. xiphoideus, sondern wenigstens einen halben Zoll tiefer; erst bei der letzten Exspiration steige das Zwerchfell und mit ihm das Herz in die Höhe. Ferner bilde im Gegensatze zum blutleeren abgeplatteten Leichenherzen das im Leben mit Blut gefüllte Herz eine vierseitige Pyramide mit einer oberen Spitze und auf dem Zwerchfell aufliegender Basis.

Cannieu (36, Ref. Faust) schildert, hauptsächlich nach Querschnitten, die topographisch-anatomischen Verhältnisse des Perikards, ohne Neues beizubringen. Nur erklärt er es für anatomisch unmöglich, dass ein linkseitiges pleuritisches Exsudat die Herzspitze nach rechts verschieben könne (was schon 1896 Bouchard's Leichenversuche mit nachträglich erstarrten Injektionen in die Pleura ergeben hatten).

Keiller (37, Ref. Faust) spricht sich unter Beibringung von 5 schematischen Abbildungen nach seinen Untersuchungen an in situ durch Formalin- oder Gelatineinjektionen fixirten Herzen in demselben Sinne wie Butler aus. Im Uebrigen bestätigt er die jetzt nach den Veröffentlichungen von His und Braune in Deutschland wenigstens angenommenen Anschauungen über die topographische Anatomie des Herzens.

Weber und Deguy (38, Ref. Faust) geben die Fortsetzung ihrer Untersuchungen der Regio mitro-aortica. Die grosse Mitralklappe gehört nach ihnen anatomisch, physiologisch und pathologisch dem Aortensystem an. Die atheromatösen Processe, die für das Arteriensystem charakteristisch sind, beginnen stets an der Klappenbasis, während vom Endokard ausgehende infektiöse Entzündungen oder Schrumpfungprocesse, die auf hämorrhagischen Infarkten der feinen Klappengefässe beruhen, immer an den Klappenrändern und der endokardialen Seite der Klappe ihren Ursprung nehmen. Die Herzfläche der grossen und die ganze kleine Mitralklappe zeigen niemals Atherom.

Meigs (39, Ref. Faust) glaubt seine schon 1891 gemachten Angaben, dass die Herzcapillaren die Muskelfibrillen durchdringen und weiter als an jeder anderen Körperstelle sind, an zwei durch die Coronararterien mit Berlinerblau injicirten Herzen bestätigen zu können. Wahrscheinlich handelt es sich um eine spätere Umwachsung der Capillaren durch die Muskelfibrillen, die nur am Herzen des Erwachsenen zu sehen ist.

Nyström (40) fasst seine Angaben über die Lymphbahnen des Herzmuskels kurz dahin zusammen, dass die Lymphbahnen des Myokardium eine Combination von Interstitien und wirklichen Gefässen bilden. Die Interstitien haben eine sehr complicirte Form und stehen in einem sehr innigen Verhältnisse zu den Muskelelementen, indem sie theils ein reichliches System von intercolumnaren Saftkanälchen in den Muskelfasern, theils Lymphspalten zwischen diesen bilden. Die wirklichen, mit specifischer Wand versehenen Lymphgefässe befinden sich sowohl im Inneren des Myokardium, wie an der Oberfläche. Die ganze Lymphmasse wird gewöhnlich nur durch zwei grosse, zu den mediastinalen Lymphknoten gehende Lymphstämme abgeführt.

Jarotzky (41) konnte bei einer Kranken, die einen Operationdefekt in der Brustwand und im Perikardium hatte, vom blossgelegten Herzen direkt ein Cardiogramm aufnehmen. Wenn die Bedingungen für die Aufnahme auch sehr günstige waren, so handelte es sich leider um ein nicht normales Herz, da eine eiterige Perikarditis bestand. Trotzdem enthält die Curve fast alle Einzelheiten, die von anderen Autoren beschrieben werden.

Frank (42) giebt ein experimentelles Hülfsmittel an für eine Kritik der Kammerdruckcurven. Er schaltet in die Röhre, die Arterie oder Kammer mit dem Manometer verbindet, ein Ventil ein. Er glaubt, dass ein grosser Theil der sogen. systolischen Wellen auf Eigenschwingungen der bewegten Massen der Manometer zurückzuführen ist, und betont, dass die Kammerdruckcurve, die er

mit seinem Verfahren gewonnen hat, einen im Allgemeinen sehr einfachen Verlauf zeigt.

Pfaundler (43) beschreibt eine graphische Darstellung des auscultatorischen Herzbefundes, wie sie in der pädiatrischen Klinik von Escherich benutzt wird. Der auscultatorische Herzbefund wird hierbei in ein Coordinatensystem eingetragen, so dass die Abscisse den zeitlichen Verlauf, die Ordinate die Stärke der Klangerscheinung misst.

Holowinski (44) giebt Mittheilungen über die Photographie der Herztöne. Um die Phasen der Herztöne photographiren zu können, hat er einen complicirten Apparat zusammengesetzt. Die Photogramme wurden bis jetzt nur an 2 Gesunden gemacht. Bezüglich der vorläufigen Resultate muss auf die Arbeit verwiesen werden.

Bardier (45, Ref. Faust) beschreibt einen neuen Cardiographen für kleine Thiere, wie Kaninchen und Meerschweinchen, der besonders grosse Cardiogramme liefert und unabhängig von der Athembewegung ist.

C. Bücheranzeigen.

27. **Ueber die Harnsäure unter physiologischen und pathologischen Bedingungen**; von Dr. E. Schreiber in Göttingen. Stuttgart 1899. Ferd. Enke. 8. 116 S. (3 Mk.)

In diesem Werkchen hat sich Sch. der sehr dankenswerthen Arbeit unterzogen, Alles bis jetzt über die Physiologie und Pathologie der Harnsäure Bekannte und Sichergestellte zusammenzutragen und zu besprechen. In 4 Capiteln werden die Chemie der Harnsäure, ihr Vorkommen und ihre Ausscheidung, ihre Entstehung und ihre Pathologie besprochen.

In vielen Punkten könnten wir weiter sein, wenn die Harnsäureuntersuchungen alle nach zuverlässiger Methode gemacht wären, als welche man heute nur die Ludwig-Salkowski'sche ansehen kann. Viele vergebene Mühe hat das Arbeiten nach der Methode Krüger-Wulff gemacht.

Viele Untersucher haben dadurch gefehlt, dass sie nicht absolute Harnsäurezahlen geben, sondern procentische oder das Verhältniss von Harnsäure zu Harnstoff. Mit Verhältnisszahlen können wir vorläufig gar nichts anfangen, da uns die Bedingungen der Entstehung und Ausscheidung noch viel zu wenig bekannt sind.

An dem Begriffe der harnsauren Diathese als Neigung zu vermehrter Harnsäurebildung glaubt Sch. festhalten zu müssen.

V. Lehmann (Berlin).

28. **Die Heilpflanzen der verschiedenen Völker und Zeiten.** *Ihre Anwendung, wesentlichen Bestandtheile und Geschichte.* Ein Handbuch für Aerzte, Apotheker, Botaniker u. Droguisten; von Prof. G. Dragendorff. Stuttgart 1898. Ferd. Enke. Gr. 8. VI u. 884 S. (22 Mk.)

Das stattliche, in 5 Lieferungen erschienene Werk ist dazu bestimmt, einen Ersatz für Rosenthal's „Synopsis plantarum diaphoricarum“ zu bilden. Die Synopsis datirt vom Jahre 1862, seit dieser Zeit ist die Zahl der bekannten Heilpflanzen so ausserordentlich vergrössert worden, dass eine Neubearbeitung des Materiales nöthig erschien. Dr. hat sich mit einer blossen Neubearbeitung nicht begnügt, sondern zugleich in wichtigen Punkten eine Ergänzung des Rosenthal'schen Werkes gegeben, einmal durch grössere Berücksichtigung der chemischen Verhältnisse der angeführten Pflanzen, dann durch häufigere Hinweise auf ihre historischen Beziehungen und culturhistorische Bedeutung.

Es werden in dem Werke in möglichst systematischer Anordnung alle diejenigen bekannten Pflanzen aufgeführt, die zu irgend einer Zeit von irgend einem Volke als Heil- oder diätetische Mittel verwendet worden sind. Bei der Fülle des Materiales (es werden über 12700 Pflanzen erwähnt) konnte das nur in möglichst knapper Form geschehen. Die Nomenclatur schliesst sich an den *Index Kewensis* an, daneben werden die wichtigeren botanischen Synonyme, bei Heilpflanzen des Alterthums und Mittelalters die Bezeichnungen der alten Autoren, bei Pflanzen aussereuropäischer Länder die Vulgärnamen des Heimathlandes angegeben. Bei den chemischen Angaben wird die neuere Literatur citirt. Die Brauchbarkeit des Buches wird durch ein Literaturverzeichniss und durch ein sehr sorgfältiges Register (189 Seiten mit gegen 30000 botanischen und Trivialnamen) wesentlich erhöht.

Das Werk, dessen Verfasser kurz vor seiner Vollendung gestorben ist, wird für jeden Arbeiter auf diesem Gebiete ein werthvolles Hülfsmittel bilden. Woltemas (Diepholz).

29. **Anatomischer Atlas der geburtshülflichen Diagnostik und Therapie**; von O. Schaeffer in Heidelberg. 2. Aufl. München 1899. J. F. Lehmann. 8. XVI u. 317 S. mit 73 Taf. (12 Mk.)

Während der 1. Theil des in der Lehmann'schen Sammlung med. Handatlanten enthaltenen Atlas der Geburtshülfe, der die Lehre vom Geburtsakte und der operativen Geburtshülfe behandelt, bereits in 4. Auflage erschienen ist, macht sich erst jetzt eine 2. Auflage des ebenfalls von O. Schaeffer herausgegebenen 2. Theiles nothwendig. Der Vf. hat sowohl Bildermaterial, wie Text einer völligen Neubearbeitung unterzogen. Während das ältere Material der Münchener Frauenklinik entstammt, sind die neuen Tafeln nach Präparaten der Heidelberger Frauenklinik und Poliklinik und des pathologischen Instituts daselbst entworfen. Auch diese stehen durchaus auf der Höhe der älteren, mit Recht allgemein als vorzüglich belobten Abbildungen. Der Text ist klar und anschaulich geschrieben und durch Berücksichtigung der Veröffentlichungen der letzten Jahre bis zur jüngsten Zeit ergänzt, geht sogar an manchen Stellen in der Ausführlichkeit fast über den Rahmen eines Compendium hinaus. Der Preis des Bandes ist in Anbetracht der zahlreichen, meist farbigen Abbildungen und Tafeln ein mässiger. Auch diese 2. Auflage des illustrirten Compendium kann den Studirenden sowohl, als auch den praktischen Aerzten als Repetitorium unbedingt empfohlen werden. J. Praeger (Chemnitz).

30. **Die Rechte und Pflichten der Hebammen** (§ 30 R.-G.-O.); von Dr. Springfeld, Med.-Assessor beim k. Polizeipräsidium in Berlin. [*Die Handhabung der Gesundheitsgesetze in Preussen für Behörden u. s. w.;* von Dr. Springfeld u. F. Siber. Bd. II.] Berlin 1898. Rich. Schoetz. 8. VIII u. 181 S. (3 Mk.)

S. hat in dem vorliegenden Werkchen die gültigen Bestimmungen nach rechtlichen Gesichtspunkten geordnet; das 1. Capitel behandelt die Ertheilung des Prüfungzeugnisses, das 2. die Berufspflichten und Rechte der Hebammen, das 3. die Straf- und Zwangsbefugnisse der Behörden, das 4. den Verlust der Concession und endlich das 5. die Beaufsichtigung des Hebammenwesens. Anhangsweise theilt S. unter Anderem ein chronologisches Verzeichniss der angezogenen Gesetze mit, das vom Jahre 1725 beginnt.

Namentlich den Medicinalbeamten wird das S.'sche Werkchen ein werthvolles Nachschlagebuch sein. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

31. **Mittheilungen aus den Abtheilungen für Geburtshülfe und Gynäkologie der Kärntn. Landes-Wohlthätigkeitsanstalten in Klagenfurt**; von Prof. Dr. Franz Torggler. Klagenfurt 1899. Selbstverlag des Verfassers.

In der gynäkologischen Abtheilung wurden vom 1. Sept. 1896 bis 31. Dec. 1897 an 262 aufgenommenen Kranken 83 Operationen ausgeführt, darunter 14 Coeliotomien. Die Zahl der Geburten betrug 300, davon 287 uneheliche Geburten; in 103 Fällen wurde operativ eingegriffen = 34.2%. Von 321 aufgenommenen Frauen starben 2 = 0.6% im Puerperium.

Zum Schlusse giebt T. eine eingehende Beschreibung der Klagenfurter geburtshülflichen Klinik, die einen Theil des in den Jahren 1894—1896 erbauten Landeskrankenhauses bildet. Verschiedene Grundrisse und ein Lageplan ergänzen T.'s Beschreibung. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

32. **100 illustrirte Fälle aus der Frauen-Praxis**; von Dr. A. Auvard. Für's Deutsche bearbeitet von Dr. A. Rosenau in Kissingen. Mit einem einführenden Vorworte von Prof. F. v. Winckel. 2. verm. u. verb. Auflage. Leipzig 1899. Joh. Ambros. Barth. Kl. 8. 113 S. (In Leinwand geb. 6 Mk.)

A. bringt in prägnanten, schematisch gehaltenen Abbildungen 100 typische gynäkologische Krankheitfälle zur Darstellung; Diagnostik, Symptomatologie, Prognose und Therapie werden im Anschlusse an jedes einzelne Krankheitbild kurz besprochen. v. Winckel empfiehlt das äusserst instruktive Werk im Vorworte als „eine Anleitung zur differentiellen Diagnostik, wie sie compendiöser und klarer und rascher zu überblicken kaum dargestellt werden kann“. Ref. kann sich dieser Empfehlung nur anschliessen. Das kleine handliche Werk wird sicher auch in seiner 2. Auflage von den Aerzten gut aufgenommen werden und sich immer mehr einbürgern.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

33. **Studier over gonokokken og gonorrhoisk vulvovaginit hos börn**; af Lyder Nicolaysen. Kristiania 1898. Steenske bogtrykkeri. 8. VIII og 116 S.

Der 1. Theil dieser als Beilageheft zum Norsk Magazin for Lägevidenskaben erschienenen Schrift enthält eine kurze Darstellung der Bakteriologie der Gonokokken, die N. theils nach den Erfahrungen Anderer, theils nach den Ergebnissen von ihm selbst angestellter Untersuchungen giebt. Im 2., klinischen, Theile bespricht er die Aetiologie, die Symptome, den Verlauf, Complikationen, Prognose und Behandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis bei Kindern, die nach N.'s Erfahrung ziemlich häufig zu sein scheint; 65 Fälle hat N. als Assistent in der unter Prof. Axel Johannessen's Leitung stehenden pädiatrischen Klinik im Reichshospitale zu Kristiania zu beobachten Gelegenheit gehabt, einige in seiner Privatpraxis; im Ganzen theilt er 70 Fälle ausführlich mit. Hinsichtlich des Alters zeigten sich die jüngeren Altersklassen besonders betroffen. Von den 65 aus der pädiatrischen Klinik stammenden Fällen betrafen 61 Kinder unter 10 Jahren; im 3. Jahre standen 13, im 4. 11, im 6. 10 Kinder. Anhalte-

punkte für direkte Ansteckung konnten in 63 Fällen nicht gefunden werden, oft war es auch nicht möglich, die Quelle der indirekten Ansteckung aufzufinden. Anhäufung der Fälle zu einer bestimmten Zeit konnte einige Male beobachtet werden, ohne dass sich eine direkte Ansteckung nachweisen liess, so dass man auch da eine indirekte Ansteckung durch Vermittelung inficirter Gegenstände annehmen musste. Der Umstand, dass demnach die indirekte Ansteckung bei Kindern als häufig anzunehmen ist, während sie bei Erwachsenen zu den Seltenheiten gehört, lässt, wie N. annimmt, vermuthen, dass der Organismus des Kindes eine geringere Widerstandskraft gegen die gonorrhoische Infektion besitzt. Recidive kamen öfters vor. Die meisten Complikationen des Trippers kommen auch bei der gonorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder vor. Die Prognose dürfte sich im Allgemeinen für Kinder günstiger stellen als für Erwachsene, doch kann sich der Verlauf ziemlich stark in die Länge ziehen und die Dauer der Krankheit selbst mehrere Monate betragen.

Walter Berger (Leipzig).

34. **Die Pathologie und Therapie der Sterilität beider Geschlechter**; von E. Finger und M. Sänger. *I. Theil. Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne;* von Prof. E. Finger in Wien. Leipzig 1898. Arthur Georgi. Gr. 8. 96 S. mit 8 Holzschnitten. (3 Mk.)

Unter „Physiologisches“ fasst F. das Wichtigste über die Physiologie der Potentia coëundi et generandi zusammen. Die beiden Reflexe der Erektion und der Ejakulation werden nach neueren Erfahrungen von je einem eigenen Centrum besorgt. Das Erektioncentrum ist leichter erregbar, aber auch leichter erschöpfbar, das Ejakulationcentrum schwerer erregbar, aber auch resistenter. Beide Centren besitzen selbständige Hemmungsvorrichtung und völlig getrennte centrifugale Bahnen, die N. erigentes und die N. ejaculatorii. F. geht alsdann auf den Mechanismus der Erektion und Ejakulation ein, es werden die Eigenschaften des Sperma, die physiologische Wirkung des Sekretes der Samenblasen, der Prostata erörtert.

Als erster Hauptabschnitt wird die Potentia coëundi besprochen: Störungen sind zum Theil bedingt durch pathologisch-anatomisch nachweisbare Veränderungen, zum Theil sind sie rein funktioneller Natur. Am häufigsten wird die Impotenz durch eine Erkrankung der peripherischen Nervenenden jener centripetal zum Erektioncentrum leitenden Nerven bedingt, die ihren Ursprung im Caput gallinaginis haben; Onanie, sexuelle Excesse, Coitus reservatus, Urethritis gonorrhoica posterior sind hier als Ursachen anzuführen. Werden durch chronisch entzündliche Vorgänge in der Pars prostatica urethrae zahlreiche Nervenendigungen in Erregung gehalten, so können durch Uebertragung dieser Erregung auf andere, in das Verästelungsgebiet der genannten Geflechte gehörige Nerven, Neurosen der verschiedensten Art zunächst im Gebiete der Harn- und Sexualorgane als Neurasthenia sexualis, alsdann aber auch allgemeine Neurasthenie entstehen. Die Symptome der Impotentia coëundi sind ungenügende oder fehlende Erektion — durch ungenügende Erregung des Erektioncentrum oder vorwaltende psychische Hemmung veranlasst — und die reizbare Schwäche, bei der sub coitu die Erektion nicht oder nur gering sich einstellt, dagegen meist ziemlich rasch die Ejakulation erfolgt. Auch spielen psychische Einwirkungen eine Rolle, oder es besteht eine Erkrankung der spinalen Centren. In beiden Fällen zeigt sich die selbständige unabhängige Funktion der beiden Centren der Erektion und der Ejakulation darin, dass jedes gesondert erkranken kann und beide in einem verschiedenen Stadium des Krankheitprocesses sich befinden können. Die paralytische Impotenz zeigt das gänzliche Daniederliegen der Potentia coëundi, bedingt durch völlige Atonie oder schwere Degeneration der den sexuellen Vorgang vermittelnden nervösen Apparate. Die pathologische Anatomie der Impotentia coëundi ist gegenwärtig noch fast gänzlich unbekannt; nur für die durch chronische Gonorrhöe bedingte Impotenz sind jene Veränderungen in der Pars prostatica bekannt, die als Ausgangspunkt der Veränderungen, die summirt zur Impotenz führen, gelten müssen. F. giebt hier seine eigenen eingehenden Untersuchungen, die er in 12 Fällen von chronischer Urethritis posterior aller Stadien machte, im Auszuge wieder.

Die Impotentia generandi, die männliche Sterilität, ist das Unvermögen eines copulationfähigen Mannes ein gesundes Weib zu befruchten; sie ist veranlasst durch pathologische Veränderungen des Samens oder dadurch, dass ein normaler Samen sub coitu nicht zur Deposition in die Vagina gelangt. Die Azoospermie ist bedingt durch Fehlen des Hodensekrets oder durch Verlegung der Samenleiter, die Ursache der letzteren ist die gonorrhoische Epididymitis und Funiculitis. Bei der Epididymitis kommt es darauf an, die möglichst vollständige Aufsaugung der Infiltrate im Nebenhoden zu erzielen, um der Azoospermie vorzubeugen; die Eisbehandlung hinterlässt auffällig derbe Infiltrate und ist daher auf das Entschiedenste zu verurtheilen; im akuten Stadium sind nur kühle Umschläge, nach Eintritt der Schmerzlosigkeit Dunstumschläge anzuwenden. Die Nekrospermie weist schon im ganz frischen Ejakulate todte oder absterbende Spermatozoën auf, bedingt durch Herabsetzung der Funktiontüchtigkeit der Hoden, häufiger durch krankhafte Veränderungen des dem Hodensekrete beigemengten Samenblasen- und Prostatasekrets (gonorrhoische Vesiculitis seminalis, chronische Prostatitis glandularis). Der Aspermatismus ist ein mechanischer, bedingt dadurch, dass ein mechanisches Hinderniss (abnorme Ausmündung

der Harnröhre, Strikturen) die normale Entleerung des Samens unmöglich macht, oder ein nervöser oder psychischer, indem trotz regelrechter Cohabitation die Auslösung der Ejakulation unterbleibt in Folge von primärer Unerregbarkeit des Ejakulationcentrum, Hemmung der normalen Erregbarkeit desselben oder ungenügender Erregung. Die relative Sterilität endlich besteht darin, dass ein copulation- und zeugungsfähiger Mann mit einem bestimmten, zweifellos zeugungsfähigen Weibe, meistens seiner Ehefrau, einen befruchtenden Beischlaf nicht auszuüben vermag.

Dies ist in Kürze der Inhalt des vortrefflich geschriebenen Werkes, das durch zahlreiche Krankengeschichten eine vorzügliche Illustration erhält. Die mannigfachen eigenen Erfahrungen F.'s sind neben den Ergebnissen der bisherigen Forschung auf diesem so wichtigen Gebiete der Pathologie verwerthet. Der Stoff ist in klarer und übersichtlicher Weise zusammengestellt und die Darstellung entspricht den Erfordernissen der Wissenschaft in jeder Hinsicht. Wermann (Dresden).

35. **Die Augenheilkunde des Alcoatim aus dem Jahre 1159.** III. Theil von Friedrich Schlepckow, IV. Theil von Karl Schorss. Inaug.-Diss. Berlin 1899. Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Nachdem die ersten beiden Theile der Augenheilkunde von Alcoatim von Karl Felsch und Hans Wilm übersetzt worden sind, bilden die beiden Dissertationen von Schlepckow und Schorss die Fortsetzung. Im III. Theile sind die Abhandlungen über Katarakt und dessen Heilung, die Krankheiten der Hornhaut und der Bindehaut enthalten; im IV. Theile die über Krankheiten der Thränenorgane, Augenlider und Augenmuskeln, über Krätze und Läuse an den Lidern. Zur Kenntniss der mittelalterlichen Medicin bilden diese Uebersetzungen einen werthvollen Beitrag.

Lamhofer (Leipzig).

36. **Prostatahypertrofiens behandling**; af Björn Floderus. Akad. afhandl. Upsala 1897. Nya Tydnings aktie-bolag tryckeri. St.-8. 313 och 192 s. med. 3 taflor.

In seiner eben so fleissigen wie gründlichen Dissertation hat Fl. die Aetiologie, die pathologische Anatomie, die allgemeine und specielle Symptomatologie, besonders aber die Behandlung der Prostatahypertrophie auf das Eingehendste besprochen; hauptsächlich hat er dabei die verschiedenen operativen Behandlungsweisen, speciell die neueren, berücksichtigt und deren Erfolge und spätere Folgen. Auf 43 Tabellen, die 186 Seiten umfassen, theilt er eine sehr reiche Casuistik mit, die nach verschiedenen Gesichtspunkten angeordnet ist und die verschiedenen Operationen, ihre Technik, die Todesursachen und die anatomischen Befunde nach den verschiedenen operativen Eingriffen betrifft. In besonderen Tabellen hat Fl. die in der unter Prof. Lennander's Leitung stehenden chirurgischen Klinik im akademischen Krankenhause zu Upsala beobachteten Fälle untergebracht. In einer Anzahl dieser Fälle wurde nicht operirt, in der Mehrzahl der Fälle wurde aber operirt, und zwar wurde die urethrale Galvanokaustik (Bottini's Operation), die Epicystotomie, die Prostatectomia suprapubica, die Exstirpation der Hoden (eines oder beider) oder die Vasektomie ausgeführt. Die klinisch nachweisbaren Veränderungen nach der Exstirpation der Hoden sind in 2 besonderen Tabellen zusammengestellt. Eine ausführliche Mittheilung von 40 Fällen von Prostatahypertrophie, in denen in der chirurgischen Klinik zu Upsala in den Jahren 1891—1896 die verschiedenen Operationen ausgeführt wurden, hat Fl. anderwärts (Upsala läkarefören. förhandl. N. F. II. 5—8. s. 360. 459. 1897) veröffentlicht; auch in seiner Dissertation hat Fl. anhangsweise 4 Sektionsberichte in extenso mitgetheilt. Das Literaturverzeichniss, das Fl. seiner Dissertation beigefügt hat, nimmt fast 9 gespaltene Seiten ein.

Die beigegebenen 3 Tafeln stellen in 14 Figuren schöne Abbildungen mikroskopischer Präparate dar, die von wegen Prostatahypertrophie Operirten stammen. Fl. hat selbst Unsersuchungen über die Veränderungen angestellt, die nach den Operationen wegen Prostatahypertrophie auftreten, und diese Untersuchungen besonders und ausführlich (Nord. med. ark. N. F. III. 5. Nr. 24. 1897) veröffentlicht. Er hat dabei gefunden, dass die Entfernung der Hoden oder operative Eingriffe an den Vasa deferentia in der senilen hypertrophischen Prostata in der Regel keine nachweisbaren Veränderungen herbeiführen. Aus den in einem Falle gefundenen Veränderungen schien hervorzugehen, dass die Resektion der Vasa deferentia und der sie begleitenden Nerven allerdings atrophische Veränderungen im Hoden hervorbringen kann, die getrennt von denen der senilen Atrophie nachweisbar sind. Auch konnten in den Vasa deferentia central von der obliterirten Stelle Sekretionstase und atrophische Veränderungen der Muskulatur dieser Organe nachgewiesen werden. Nach Fl. ist der Mangel an anatomischen Veränderungen in der hypertrophischen Prostata nach den sexuellen Operationen an sich nicht im Stande, die Nutzlosigkeit dieser Operationen darzuthun. Dass in gewissen Fällen hypertrophische Processe in der Prostata bei Patienten auftreten können, die seit Jahren eines oder beider Hoden beraubt sind, ist in einigen Fällen festgestellt worden. Solche Fälle weisen auf eine Thatsache hin, die nach Fl.'s Meinung im Allgemeinen nicht genügende Beachtung gefunden hat, nämlich dass der intime Einfluss, den der Hode bei jüngeren Individuen auf die Prostata unzweifelhaft ausüben kann, sich keineswegs in demselben Maasse diesem Organe gegenüber geltend macht, wenn es der Sitz des als Prostata-

hypertrophie bezeichneten Proliferationprocesses ist. Walter Berger (Leipzig).

37. **Topographische Anatomie des Pferdes.** *Mit besonderer Berücksichtigung der thierärztlichen Praxis bearbeitet* von Prof. W. Ellenberger und Prof. H. Baum. 3. Theil: *der Rumpf.* Berlin 1897. Paul Parey. Gr. 8. XX u. 334 S. mit 58 Textabbild. u. 3 Lichtdrucktafeln. (18 Mk.)

Mit diesem 3. Theile ist das bedeutende, grundlegende Werk, das erste zusammenhängende Handbuch einer topographischen Anatomie des Pferdes, zum Abschlusse gelangt. Die klare und genaue Beschreibung im Vereine mit den zahlreichen, gut gewählten, naturgetreuen und vortrefflich gelungenen Abbildungen giebt ein klares und anschauliches Bild der dargestellten anatomischen Verhältnisse, deren Richtigkeit und Zuverlässigkeit durch immer wiederholte Untersuchungen an einem reichen und grossen Materiale controlirt worden ist, was namentlich auch deshalb nothwendig erscheinen musste, weil manche Organe der Brust- und Bauchhöhle in Folge leichter Beweglichkeit und anderer Umstände keine ganz constante Lage besitzen und ihre Lage ausserdem auch nach verschiedenen physiologischen Zuständen ändern. Ebenso beruhen die beigefügten Angaben über Maasse und Gewichte der Organe in der Regel auf einer grösseren Anzahl im Laufe von 6 Jahren systematisch vorgenommener Untersuchungen. Mit Rücksicht auf die verschiedenen Zwecke, für die das Werk bestimmt ist, haben die Vff. es für nothwendig gehalten, die Organe der Brust- und Bauchhöhle von verschiedenen Gesichtspunkten aus zu beschreiben. Das Werk ist durchaus original, durchaus aus eigener Anschauung und eigenen Untersuchungen entstanden und das kommt auch der Darstellung zu Gute. Die Ausstattung ist in jeder Hinsicht vorzüglich.

Walter Berger (Leipzig).

38. **Mikroskopische Technik** *zum Gebrauche bei medicinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen* von Prof. Carl Friedländer. 6. vermehrte u. verbesserte Auflage, bearbeitet von Prof. C. J. Eberth in Halle. Berlin 1900. H. Kornfeld. Gr. 8. VII u. 359 S.

Das Buch ist bekannt genug und bedarf keiner Empfehlung mehr, es wird sicherlich in seiner neuen Bearbeitung neue Freunde finden. Dippe.

39. **Aerztlich-therapeutisches Taschenbuch**; von Dr. Burwinkel in Bad Nauheim. Leipzig 1899. G. Thieme. Kl. 8. 108 S. (2 Mk. 40 Pf.)

Diese kleinen Taschenbücher, deren es bereits eine erschrecklich grosse Anzahl giebt, suchen einander durch die Menge dessen, was sie bieten, zu übertreffen. B. giebt Allgemeines über Arzneiverordnung; Maximaldosen; Nebenwirkungen. Dann spricht er alle Krankheiten, einschliesslich Augen-, Ohren-, Nasenleiden, Frauenheilkunde, Geburtshülfe, Unfälle, Vergiftungen durch. Dann folgen: Fieberbehandlung und Fieberdiät, Entfettungsmaassregeln, künstliche Bäder, Bade- und Brunnenkurorte, Kataplasmen, Klystire, die wichtigsten Urinproben, die Zahnbildung, einige Gesetzesangaben, therapeutische Technik, ärztliche Gebührenordnung, ärztliche Hülfskassen. Mehr kann man kaum verlangen. Wir glauben wohl, dass das sorgsam zusammengestellte kleine Buch Vielen nützlich sein wird. Dippe.

40. **Hülfs- und Taschenbuch für Vertrauensärzte**; von Dr. Georg Herzfeld. 3. Aufl. Leipzig. Arwed Strauch. Kl. 8. 92 S. (1 Mk. 80 Pf.)

H. geht Alles das durch, was bei der Ausfüllung des vertrauensärztlichen Attestes für eine Lebensversicherung zu beachten ist, und fügt eine Anzahl von wichtigen Tabellen über das Durchschnittsalter, über die Berufsgefahren u. s. w. an. Dippe.

41. **Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenanwärter nebst Auszug und Commentar der für die Aerzte wichtigsten Gesetze und Bestimmungen, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung**; von Dr. Walther Stempel in Breslau. Jena 1899. Gustav Fischer. Gr. 8. 178 S. (4 Mk.)

St. führt zunächst mit kurzen Erläuterungen die in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen an, bespricht dann die Untersuchung im Allgemeinen und geht in einem 3. Theile die wichtigsten der in Frage kommenden Krankheiten einzeln durch. St. hat in seiner Eigenschaft als Hülfsarzt der Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalt für die Provinz Schlesien augenscheinlich recht trübe Erfahrungen mit seinen Herren Collegen gemacht und viele recht schlechte Zeugnisse vorgelegt bekommen. Daher wohl seine gar zu gründlichen Erörterungen und sein Heruntergehen auf eine gar zu tiefe Grundlage. Krankenuntersuchen lässt sich aus Büchern nicht lernen und Derjenige, dem das Alles erst gesagt werden muss, was St.'s Buch enthält, ist ganz und gar nicht geeignet, ein Invaliditätzeugniss auszustellen. St. hätte mehr voraussetzen und das seinem Gegenstande Eigenthümliche schärfer hervorheben sollen, dann wäre sein Buch kürzer und wirksamer geworden. Die gute Absicht des Buches, der Fleiss, mit dem St. alles in Betracht Kommende zusammengestellt hat, sollen besonders anerkannt werden. Dippe.

42. **Zur internationalen Nomenclatur der Todesursachen**; von J. v. Körösy. Berlin 1899. Puttkammer u. Mühlbrecht. 8. 42 S. (1 Mk.)

Um die Einheitlichkeit bei der Statistik der Mortalität zu befördern, hat Bertillon drei ver-

schiedene, sich aus einander entwickelnde Nomenclaturen aufgestellt, von denen die erste 44, die zweite 99, die dritte 161 Todesursachen enthält. In der zweiten und dritten sind die Krankheiten in 14 allgemeine Gruppen zusammengefasst, während bei der ersten von einer Gruppenbildung abgesehen ist. K. unterzieht diese Vorschläge einer eingehenden Kritik und hält sie in vielen Punkten für änderungsbedürftig. Bei der Schwierigkeit der Materie solle bei der demnächst in Christiania stattfindenden Session des Institut international de Statistique zunächst nur über die erste Nomenclatur verhandelt werden.

Woltemas (Diepholz).

43. **Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde.** Unter Mitwirkung von Dr. J. Schwalbe in Berlin, herausgeg. von Dr. O. Rapmund in Minden und Dr. E. Dietrich in Merseburg. 2. (Schluss-) Lieferung. Leipzig 1899. Georg Thieme. 8. VIII S. u. S. 297—820. (3 Mk. 60 Pf.)

Die 1. Lieferung und die besondere Bedeutung dieses Buches in seiner vorliegenden Form wurde bereits in diesen Jahrbüchern (CCLXII. p. 109) eingehend gewürdigt. Ueber die vorliegende Schlusshälfte sei Folgendes hinzugefügt.

Zunächst werden als Fortsetzung des 4. Abschnittes die den Arzt angehenden Bestimmungen über Armen-, Kranken-, Irren- u. s. w. Pflege, sodann die Bestimmungen für den Arzt bei Krankenkassen, Knappschaften, Fabriken, Eisenbahnen, der Post, sowie in den besonderen Stellungen als Polizei-, Gefängniss-, Schul-, Bade-, Schiffs- und Hafenarzt gegeben.

Der *5. Abschnitt* befasst sich mit der Thätigkeit des Arztes als *Sachverständiger* und *Vertrauensarzt,* bringt zunächst in dankenswerther Weise Winke über mündliche und schriftliche Gutachten, Auszüge aus den Bestimmungen über Stempelpflichtigkeit von Attesten u. dgl., sodann einen kurzen Abriss über Bestimmungen und Verhalten einerseits auf dem Gebiete der gerichtlichen Medicin, andererseits auf dem der Unfall-, Invalidität- und Alters-Versicherung, sodann bei Lebensversicherungen und Militärangelegenheiten.

Im *6. Abschnitte* sind *Standesorganisation,* Vereins- und Unterstützungswesen, im *7. Abschnitte Gebührenangelegenheiten* bei amtlicher und privater Thätigkeit erörtert.

Der *8. Abschnitt* behandelt das niedere *Heilpersonal* und die Kurpfuscherei, der *9. Abschnitt* die gesetzlichen Bestimmungen über Verkehr mit Arzneimitteln und *Giften,* der *10.* und *letzte Abschnitt* die ärztliche Geschäftsführung und den Verkehr mit den Behörden.

Das Buch ist also überaus reichhaltig und vielseitig und wird daher gewiss bei den Aerzten Anklang finden. R. Wehmer (Berlin).

44. **Boletin de hijiene i demografia,** *publicado por el instituto de hijiene de Santiago;* del Director Dr. Alejandro del Rio. Tomo I (Anno 1898). Santiago de Chile 1898. Imprenta Cervantes. 4. 200 S.

Die vorliegende Monatsschrift entspricht etwa den „Veröffentlichungen des kais. deutschen Gesundheitsamtes“ sowohl nach Inhalt, wie nach äusserer Ausstattung. Es erscheinen monatlich 1—$1^1/_2$ Druckbogen. Der Inhalt, an dessen Abfassung neben dem Herausgeber noch Julio Besnard, Direktor der Anstalt für Gewinnung thierischen Impfstoffes, A. Krahnass, Chef des meteorologischen Dienstes im astronomischen Institute, und A. Poupin, Chef der Fleischbeschau am Santiagoer Schlachthause, mit ihren Assistenten betheiligt sind, bringt (in monatlichen Zahlenübersichten) die Bewegung und die Nosologie der Bevölkerung der Stadt, die meteorologischen Thatsachen, die Ergebnisse der Impfung und Fleischbeschau, ferner die Arbeitergebnisse des Hygieneinstitutes, z. B. über bakteriologische Wasseruntersuchungen, bakteriologische Diphtheriediagnosen, Nahrungsmitteluntersuchungen, und die neue Gesetzgebung zur Kenntniss der Leser. Eine ständige „Chronik“ bringt, auch aus dem Auslande, Notizen über hygieinisch wichtige Thatsachen, über Vorkommen von Seuchen und referirt über einzelne besonders wichtige Arbeiten der ausländischen Literatur. Ausserdem finden sich einzelne zusammenfassende Leitartikel, so über die obligatorische Desinfektion, und die Meldepflicht bei ansteckenden Krankheiten, über den Einfluss der Kanalisation auf die Volksgesundheit unter Beibringung von zwei graphischen Darstellungen der Berliner Verhältnisse.

Die Publikation enthält mithin eine Fülle werthvoller Einzeldaten, deren Mittheilung wir uns aus räumlichen Gründen leider versagen müssen; um so mehr sei sie dem Studium empfohlen.

R. Wehmer (Berlin).

45. **Revista Chilena de hijiene,** *publicada por el instituto de hijiene de Santiago,* Director Dr. Alejandro del Rio. Santiago de Chile. Imprenta Cervantes. Tomo IV, quaderno I, 1898. (153 S. mit 6 Taf.) Quaderno II—IV, 1899. (S. 154—567 mit 12 Taf.)

Der Band enthält zunächst eingehende Berichte über den internationalen Moskauer Congress von Cadiz und V. Anguita, sowie über den Pariser Tuberkulosencongress des Jahres 1898 vom Erstgenannten und über die internationale Lepra-Conferenz zu Berlin von dem chilenischen Delegirten T. Muhm. Es folgen zwei mit einer Abbildung ausgestattete Aufsätze von A. del Rio und A. Poupin über die Essigälchen, ferner ein interessanter Aufsatz von F. Gabler-Coester über die Assanirung von Santiago, der die Entfernung und Zerstörung des Kehrichtes behandelt, hierbei

u. A. auch die Berliner und Hamburger Verhältnisse berücksichtigt und Abbildungen der Verbrennungsöfen von Yones, Horsfall und aus Battersea (London) beibringt.

L. Córdova veröffentlicht eine mit einer Abbildung ausgestattete Denkschrift über Rieselfelder, A. del Rio eine Arbeit über Wasserfiltration und über die Thätigkeit des Santiagoer Hygieineinstitutes 1897. Es folgen Berichte von L. Grez über die Hundswuth in Chile, experimentelle Studien über das *Pudahuel*'sche Virus und über einen von ihm beobachteten tödtlichen Fall der Wuth. Joaquin Cabezas bespricht die hygieinische Wirkung der Bewegungspiele auf den Erwachsenen. Arsenio Poupin und Carlos Fernandez Peña erörtern in einer preisgekrönten Arbeit mit zahlreichen Abbildungen die wissenschaftlichen Anforderungen an Schlachthäuser und an die mit ihnen verbundenen Einrichtungen in ihrer Beziehung zur öffentlichen Gesundheit, wobei u. A. die Freibänke, Kafill-Desinfektoren, Kältehäuser, Albuminfabriken, Lymphe-Institute, das *Otte*'sche Desinfektionsystem u. A. berücksichtigt werden. Den Schluss des 1. Heftes bilden literarische Referate, denjenigen des 2. bis 4. Heftes eine referirende Zusammenstellung Grancher's über die Prophylaxe der Tuberkulose.

R. Wehmer (Berlin).

46. **Erneuerung der Genfer Uebereinkunft.** ¡ *Ein Vorschlag für die Friedens-Conferenz;* von Carl Ernst Helbig. Dresden 1899. Oskar Damm. 8. 34 S. (1 Mk.)

H. unterzieht auf Grund seiner Erfahrungen in den letzten deutschen Kriegen die Bestimmungen der Genfer Convention vom 22. August 1864, einschliesslich der nicht ratificirten Zusatzartikel vom October 1868 einer z. Th. abfälligen Kritik und giebt den Entwurf einer neuen Uebereinkunft. Als Conventionzeichen verwirft H. das viel im Handel missbrauchte und den Muhamedanern als vorgeblich christliches Zeichen verhasste Genfer „Rothe Kreuz". H. führt dabei mit Recht an, dass das gleicharmige Kreuz viel älter als das Christenthum ist; es ist ein uraltes Zeichen der arischen Völker. Es deutet auf die 4 Himmelsrichtungen, als sog. Hakenkranz auf den Lauf der Gestirne, ist u. A. auch ein buddhistisches Zeichen. H. empfiehlt als neues harmloses Zeichen ein auf den Kopf gestelltes Ausrufungzeichen: ¡

Ob H.'s Wünsche irgendwie Berücksichtigung finden werden, bleibt abzuwarten.

Befremdlich berühren muss es, dass die Verlagsbuchhandlung auf dieser doch wesentlich für Aerzte und diesen Nahestehende bestimmten Broschüre drei Hetzschriften gegen die Psychiater anzeigt. R. Wehmer (Berlin).

47. **Medicinal-Bericht von Württemberg für das Jahr 1896.** Im Auftrage des Kgl. Ministerium des Innern; herausgeg. von dem Kgl. *Medicinal-Collegium.* Stuttgart 1899. Druck von W. Kohlhammer. Gr. 4. 144 S. mit 2 Uebersichtskärtchen im Text.

Bei üblicher Disponirung des Stoffes bringt die *erste Hauptabtheilung* des Buches zunächst den *Geschäftsbericht des Kgl. Medicinal-Collegiums.* Es fanden einige Rangerhöhungen einzelner Mitglieder statt, die Geschäftslast hat zugenommen. Dann wird eine Uebersicht über die verschiedenen neuen Gesetze und Erlasse, sowie über die Thätigkeit des Collegiums, einschliesslich des bakteriologischen Laboratoriums und des Veterinärwesens gegeben.

Nach dem *Berichte über die Staatsirrenanstalten* wurden 2020 Irre in Staatsanstalten verpflegt, und zwar 401 in Winnenthal (mit 255 Betten), 544 in Schussenried (mit 425 Betten), 558 in Zwiefalten (mit 480 Betten), 517 in Weissenau (mit 450 Betten). Ueber Art und Vertheilung der Irreseinsform, Alter, Erblichkeit u. dgl. mehr werden eingehende statistische Tabellen beigefügt, 307 Irre = 10.1% waren mit dem Strafgesetze in Conflikt gerathen. Die Mortalität der Verpflegten (es starben 44 Männer und 48 Frauen) betrug 4.5%. Es folgen Berichte über besondere Vorkommnisse und über die ökonomischen Verhältnisse.

In den 7 *Privatirrenanstalten,* in deren Bestand keine Aenderung eintrat, mit 1221 Plätzen wurden im Ganzen 1251 Irre, darunter 665 Staatspfleglinge verpflegt; von ihnen starben 71. Auch hierüber folgen Tabellen.

In der Heil- und Pflegeanstalt für *Epileptische* und Schwachsinnige *„Stetten"* waren 426 Kranke, von denen 11 starben, in der Anstalt für männliche Epileptische *auf der Pfingstweide bei Tettnang* waren 43 Pfleglinge, darunter 25 auf Staatskosten.

Die Kgl. *Landeshebammenschule,* in der eine zweite Assistenzarztstelle neu eingerichtet wurde, nahm 657 Frauen auf, von denen 653 gebaren und 4 unentbunden wieder austraten. Es starben 3, 1 Wöchnerin durch Verblutung nach Placenta praevia, 1 durch Endometritis septica, 1 durch allgemeine Miliartuberkulose. Die Lehrcurse dauern jetzt wieder 150 Tage; es wurden 59 Schülerinnen und 24 Wochenbettwärterinnen ausgebildet.

Weiter wird über die *orthopädischen Anstalten* „Olgaheilanstalt" in Stuttgart und die Werner'sche Kinderheilanstalt (Stabsarzt Dr. F. Schliephake) in Ludwigsburg berichtet. Die Anstalt Paulinenhilfe in Stuttgart ist als Anstalt zur Aufnahme für Staatspfleglinge ausgeschieden.

Die *zweite Hauptabtheilung* schildert das *Medicinalwesen* nach dem Ergebnisse der jährlichen *Physikatberichte.*

Hiernach waren vorhanden: 812 (gegen 793 im Jahre 1895) Aerzte, 204 (gegen 220) Wundärzte, 27 (gegen 24) Zahnärzte, 223 (229) Thierärzte, 197 (195) nichtapprobirte Heilkünstler bei Menschen und 29 (34) bei Thieren, 2516 (2544) Hebammen und 1804 (1782) Leichenschauer. Hierüber folgen, zum Theil in Tabellen, weitere Specialangaben.

Apotheken waren 274 (gegen 272), davon 197 real-

berechtigt, 52 persönlich berechtigte selbständige, 4 hof- und staatsherrliche und 21 Filialen. Eine Apotheke (in Cannstatt) ist rein homöopathisch, 12 haben homöopathische gesonderte Abtheilungen. Von den realberechtigten Apotheken gingen 12 = 6.09% (11.2%) in andere Hände über, davon eine an einen Sohn, eine andere an den Schwiegersohn des Besitzers, eine in Folge Todesfalles.

Allgemeine Krankenhäuser waren 158 (158) mit 1951 (1925) Zimmern, bez. 6229 (6154) Betten. In ihnen wurden 45558 (47067) Kranke verpflegt, von denen 1518 = 3.3% (3.1%) verstarben. Von den Verpflegten waren 8.8% Selbstzahlende, 69.6% Mitglieder von Krankenvereinen und Versicherungskassen, 21.6% wurden auf Rechnung von Armenkassen und Stiftungen verpflegt. Heil- und Verpflegungsanstalten für besondere Zwecke waren 72 (70). Hierüber werden nähere Mittheilungen, zum Theil in tabellarischer Form gemacht.

Heilbäder und Badeanstalten waren 130 (128).

Von *epidemischen Krankheiten* starben an Masern 331 (291), an Scharlach 134 (213), an Diphtherie 1255 (1777 1894 : 4069), ein Abfall, den aber der Bericht nicht ohne Weiteres auf Rechnung des Behring'chen Heilserums setzen will; 2 geographische Uebersichtkärtchen über die Verbreitung 1895 und 1896 sind beigefügt. Pocken kamen gar nicht (0), Ruhr kam in 2 (1) zweifelhaften Fällen vor. An Abdominaltyphus starben 152 (189), was in Tabellen und sonstigen Mittheilungen näher erörtert wird; Malaria kam nur bei einigen eingewanderten italienischen Arbeitern, Cerebrospinalmeningitis in 2 kleinen Epidemien von 5 (3 Kranke starben) und 3 Fällen vor, ausserdem einige Male vereinzelt und bei 11 Soldaten (gestorben 4).

Cholera und Lyssa kamen gar nicht, Mumps kam in mehreren kleinen Epidemien vor. An Influenza wurden in Krankenhäusern 785 Personen (gestorben 2), in Militärspitälern 132 (gestorben 0) behandelt. An Milzbrand starben 6 Menschen, die meisten Infektionen waren Folge von Beschäftigung beim Abdecken oder Nothschlachten kranker Thiere, 2 gingen von Rosshaarspinnereien aus. Rotz und Trichinose bei Menschen wurden nicht beobachtet.

Bei einer mittleren *Bevölkerung* des Königreiches von 2093000 (gegen 2081000) kamen 15656 Eheschliessungen, 74964 = 35.82 (35.42)‰ Geburten einschliesslich Todtgeburten und 46443 = 22.19 (24.51)‰ Todesfälle vor, so dass 13.63 (10.61)‰ mehr geboren wurden als starben. Es folgen nähere Zusammenstellungen über die Art der Geburten. 200 = 0.27 (0.26)% der Gebärenden starben in den ersten 8 Tagen nach der Geburt.

Es folgen Zusammenstellungen über die *Amtsgeschäfte der Oberamtsärzte,* die sich auszugsweise nicht recht wiedergeben lassen, wobei nur u. A. auf die vielfachen Schulvisitationen hingewiesen sei.

Geimpft wurden von 60998 (gegen 60906) Erstimpflingen 51838 (51258), davon 51034 (50726) mit Erfolg; von 46178 (46503) Wiederimpflingen wurden 45065 (45315) wiedergeimpft, davon 44736 (44980) mit Erfolg. Nur 8 (0) Erstimpflinge wurden mit humanisirter Lymphe, alle anderen mit Thierlymphe (aus Stuttgart und Cannstadt) geimpft. Hierüber folgen dann nähere Mittheilungen und Tabellen, auch über die Stuttgarter und Cannstadter Impfstoffgewinnungsanstalt.

Bezüglich der *gerichtlichen Medicin* wird über 1874 (gegen 1711) Fälle berichtet; hierunter waren 227 Leichenuntersuchungen und unter diesen 129 Sektionen. Nähere Tabellen hierüber, ferner über die Selbstmordfälle und über die ärztliche Behandlung der tödtlich abgelaufenen Krankheiten sind beigefügt. Von 43989 Verstorbenen waren 25986 (= 59%) von Aerzten und 2182 (= 5%) von Wundärzten und nichtapprobirten Personen behandelt. R. Wehmer (Berlin).

48. **Årsberättelse från Maria sjukhus i Helsingfors för år 1898 [No. IV]**; afgifven af Dr. R. Sievers. Helsingfors 1899. Helsingfors Centraltryckeri. 8°. 86, 6, 8 och 4 s.

Ausser den Berichten über den Krankenverkehr und andere Angelegenheiten des Krankenhauses enthält dieser Jahresbericht noch den Nachweis über die Thätigkeit der mit dem Krankenhause verbundenen städtischen Desinfektionanstalt, die Beschreibung der neuen Verwaltungsgebäude mit Plänen und 3 ausserdem auch in den Verhandlungen der finnischen Gesellschaft der Aerzte zum Abdrucke gekommene Abhandlungen, betreffend einen Fall von Sanduhrmagen (von R. Sievers), das Filatow-Koplik'sche Symptom bei Masern (Axel von Bonsdorff) und einen fremden Körper (Fischknochen) im Larynx mit tödtlichem Ausgange (Ernst Ehrnrooth).

In der nicht für epidemische Krankheiten bestimmten *med. Abtheilung* wurden im Jahre 1898 insgesammt 900 Kranke behandelt (83 waren aus dem Jahre 1897 verblieben, 817 wurden neu aufgenommen), davon wurden entlassen: geheilt 365, gebessert 243, ungebessert 57, es starben 148. An akuten Krankheiten litten 365, von denen 310 geheilt oder gebessert, 25 ungebessert entlassen wurden, 30 (8.2%) starben. An chronischen Krankheiten litten 448, von denen 298 geheilt oder gebessert, 57 ungebessert entlassen wurden, 118 (26.3%) starben.

Unter den akuten Krankheiten war relativ am häufigsten die akute *Pneumonie* (88 Fälle, 71 Kranke wurden geheilt entlassen, 15 starben, 2 blieben zu Ende des Jahres noch in Behandlung), danach war am häufigsten der *Abdominaltyphus* (32 Fälle, 24 Kranke genasen, 3 starben, 5 blieben in Behandlung). Die Nothwendigkeit einer besonderen Abtheilung für Typhuskranke, sowie für an Erysipel Leidende wird an einer anderen Stelle im Berichte (S. 6) hervorgehoben. An *Wechselfieber* litten 30 (alle geheilt), an *Polyarthritis rheumatica* 29 (26 geheilt, 3 blieben zu Ende des Jahres noch in Behandlung); an *akuter Appendicitis* litten 22 (14 wurden geheilt, 8 wurden behufs Operation an die chirurgische Klinik überwiesen); an *akuter*

Enteritis litten 20 (alle geheilt); von *akuter Bronchitis* kamen 18, von *Febris remittens* 15 Fälle vor.

Das höchste Sterblichkeitprocent unter den akuten Krankheiten hatte die *Septikämie* aufzuweisen (von 6 Kranken starben 5 = 83.3%), danach die *Dysenterie* (11 Fälle mit 2 Todesfällen = 18.2%), die *akute Pneumonie* (17.4% Mortalität), das *Erysipel* (12 Fälle mit 2 Todesfällen = 16.6%); die Mortalität des *Abdominaltyphus* betrug 11.1%.

Unter den chronischen Krankheiten hatte das grösste Sterblichkeitprocent (39.7%) die *Lungentuberkulose* (von 184 Kranken starben 73); die Sterblichkeit aller übrigen chronischen Krankheiten zusammengenommen betrug 17.0%.

Oft waren die Kranken bei der Aufnahme im Krankenhause schon dem Tode nahe, manche starben unmittelbar nach der Aufnahme, in 30 Fällen (20.2% aller Todesfälle) trat der Tod innerhalb der 3 ersten Tage des Hospitalaufenthaltes ein.

In der *Abtheilung für epidemische Krankheiten* wurden nach Axel von Bonsdorff's Berichte 416 Patienten behandelt, von denen 30 aus dem vorhergehenden Jahre übernommen waren; darunter befanden sich 233 Kinder. Geheilt oder gebessert wurden 286 (172 Kinder), es starben 31 (29 Kinder). Im Anfange des Jahres kamen Masern, zu Ende des Jahres kam Scharlachfieber am häufigsten vor. Von *Masern* wurden im Laufe des Jahres 163 Fälle behandelt (in den ersten 3 Monaten, 26 vom vorigen Jahre noch in Behandlung Gebliebene eingerechnet, 133 Fälle), 9 mit tödtlichem Ausgange. An *Scharlachfieber* wurden 84 behandelt (65 vom September bis December, 46 im November und December), 12 mit tödtlichem Ausgange. Von *Diphtherie* kamen insgesammt 59 Fälle zur Behandlung, 7 mit tödtlichem Ausgange. Bei Wärtern und Wärterinnen kamen 55 Fälle von Erkrankung vor, 2 mit tödtlichem Ausgange.

Walter Berger (Leipzig).

49. **Årsberättelse (No. 15 och 16) från akademiska sjukhuset i Upsala för åren 1897 och 1898**; afgifven af Prof. Dr. S. E. Henschen. Upsala 1899. Akadem. boktryckeriet Edv. Berling. 8°. 9, 75, 25, 86, 192 och 113 s.

Das akademische Krankenhaus in Upsala, eine der ältesten öffentlichen Krankenanstalten Schwedens, wenn nicht überhaupt die erste, wurde, nachdem sich schon Olof Rudbeck Ende des 17. Jahrhundert bemüht hatte, ein Krankenhaus zum klinischen Unterricht zu erlangen, sich zu diesem Zwecke aber mit einer Poliklinik begnügen musste, dann mit einem nur 1 Bett enthaltenden gemietheten Raume, im J. 1717 zunächst in einem schon früher zu diesem Zwecke angekauften Hause errichtet. Im Laufe der Zeiten wurde es mehrfach erweitert und im J. 1867 neu gebaut, seitdem aber noch in mehrfacher Hinsicht erweitert und verbessert. In das neue Krankenhaus wurde zugleich das früher schon einmal einige Jahre lang mit dem akademischen Krankenhause vereinigt gewesene Länskrankenhaus mit verlegt. Die Unterhaltungskosten wurden aus verschiedenen Mitteln bestritten, zum Theil auch aus den Zinsen von Schenkungen.

Ausser der medicinischen und der chirurgischen Klinik enthält das Krankenhaus auch eine Gebäranstalt und eine gynäkologische Klinik, sowie eine mit der chirurgischen Klinik verbundene Abtheilung für venerische Krankheiten und eine mit der medicinischen Klinik verbundene Abtheilung für Brustkranke.

In der unter des Direktors des Krankenhauses, Prof. S. E. Henschen, Leitung stehenden *medicinischen Abtheilung* sind im J. 1897, wie sich aus der vom Unterarzt Karl Joh. Gezelius bearbeiteten tabellarischen Uebersicht ergiebt, im Ganzen 1378 Kr. behandelt worden, von denen 347 geheilt, 518 gebessert wurden, 326 wurden ungebessert entlassen, 95 starben, 88 blieben zu Ende des Jahres noch in Behandlung. Ueber 3 Pat, die ganz kurz nach der Aufnahme starben, wurde kein Protokoll geführt. Im J. 1898 wurden 1091 Kr. behandelt, von denen 374 geheilt, 315 gebessert, 181 ungebessert entlassen wurden, 43 starben und 68 waren zu Schluss des Jahres noch in Behandlung.

In der Abtheilung für Brustkranke, die am 1. October 1897 in einem provisorischen, gemietheten, zweckentsprechend eingerichteten Lokale eröffnet worden ist und Raum zur Aufnahme von 24 Kr. bietet, wurden vom 9. November 1897 bis Schluss des J. 1898 im Ganzen 231 Kr. behandelt, die bei Weitem überwiegend an Tuberkulose verschiedener Organe litten.

Ueber die *chirurgische Abtheilung,* die unter Prof. K. G. Lennander's Leitung steht, hat der Unterchirurg Rudolf Lundmark den in einer grossen Tabelle bestehenden Bericht verfasst. Danach wurden im J. 1897 behandelt 1269 Kr., davon wurden geheilt 867, gebessert 206, ungebessert 117 entlassen, 69 starben und 92 blieben am Jahresschluss in Behandlung. Im J. 1898 wurden 1342 Kr. behandelt, von denen 921 geheilt, 203 gebessert, 87 ungebessert entlassen wurden, 50 sind gestorben und 80 am Schlusse des Jahres noch in Behandlung gewesen. In der chirurgischen Poliklinik wurden im J. 1897 1736 Kr. behandelt.

In der mit der chirurgischen Klinik in Verbindung stehenden Abtheilung für *venerische* Kranke wurden im J. 1897 62, im J. 1898 77 Kr. behandelt.

Nach dem Berichte des Amanuensis Karl Danelius über die *Gebäranstalt,* deren Oberarzt Prof. A. O. Lindfors ist, wurden im J. 1897 185, im J. 1898 212 Schwangere behandelt, mit Einschluss der noch von den Vorjahren in Behandlung gebliebenen. Im J. 1897 wurden 172 Kinder lebend, 8 todt geboren, 2 waren Zwillinge. Im J. 1898 wurden 204 Kinder lebend, 10 todt geboren, 6 waren Zwillinge.

Die *gynäkologische* Abtheilung, deren Oberarzt ebenfalls Prof. Lindfors ist, wurde im J. 1896 in einer provisorischen Filiale des akademischen Krankenhauses eröffnet. Es wurden im J. 1897 224 Pat. behandelt, von denen 76 gesund, 116 gebessert, 14 ungebessert entlassen wurden, 6 starben. Im J. 1898 wurden 293 behandelt, davon wurden 152 geheilt, 117 gebessert, 9 ungebessert entlassen, 2 starben.

Wie immer, sind auch diesem Berichte interessante Mittheilungen und Abhandlungen aus der medicinischen und der chirurgischen Abtheilung beigefügt, die jedoch zum grossen Theile in deutscher Sprache erschienen sind oder noch erscheinen werden, bis auf 3, von denen die eine eine Entgegnung Prof. Henschen's auf einen Aufsatz

von Prof. Edgren in Stockholm enthält, eine andere, die die Reihe der Mittheilungen eröffnet, stammt ebenfalls von Prof. Henschen und enthält eine interessante und bündig geschriebene Geschichte des Krankenhauses von seinem Ursprung an bis auf die neueste Zeit, die 3., ein Rückblick auf die Thätigkeit der chirurgischen Klinik seit dem Neubau des Krankenhauses, stammt von Prof. K. G. Lennander.

Walter Berger (Leipzig).

50. **Geschichte der medicinischen Klinik zu Leipzig**; von Prof. W. His d. J. in Leipzig. Zur Feier des 100jähr. Bestehens der Klinik. Mit einem Vorwort von H. Curschmann. Leipzig 1899. F. C. W. Vogel. 8. 55 S. mit 7 Porträts u. 2 Tafeln. (3 Mk.)

Prof. His jun. bietet hier seine Skizze zur Geschichte der Leipziger medicinischen Klinik aus dem LXIV. Bande des Arch. für klin. Medicin in wesentlich erweiterter Gestalt. Das gut geschriebene Schriftchen ist mit Benutzung der Raths- und Fakultät-Akten in Leipzig gearbeitet und liefert uns ein klares Bild der mancherlei Schwierigkeiten, mit denen gerade in Leipzig die gedeihliche Entwickelung dieses wichtigsten Institutes für die Heranbildung der jungen Aerzte zu kämpfen hatte, besonders interessant durch den Umstand, dass bis zum heutigen Tage die Leipziger Universitätklinik in engster Verbindung mit dem städtischen St. Jacob-Krankenhause steht. Mit Recht betont der heutige Direktor der Klinik Curschmann, dass diese Verbindung beiden Anstalten zum Segen gereicht hat und weiter gereichen wird.

Das hier geschilderte Jahrhundert klinischen Unterrichts liefert gleichzeitig im Kleinen ein getreues Spiegelbild der ganzen Entwickelung unserer medicinischen Wissenschaft in diesem Zeitraume einer Umgestaltung vom Grunde aus. Die treffliche Charakterisirung der bei der Gründung und Weiterentwickelung der Anstalt hauptbetheiligten Persönlichkeiten in Stadt und Fakultät gewährt dem Schriftchen einen besonderen Reiz, der durch Beigabe der Bildnisse von C. W. Müller, dem verdienten Bürgermeister der Stadt Leipzig, von Ernst Platner, dem Prof. primarius und eigentlichen Gründer der Klinik, von Christian Martin Koch, ihrem ersten Leiter und von seinen grossen Nachfolgern Christian August Clarus, Johann Oppolzer, Karl Reinh. August Wunderlich und Ernst Leberecht Wagner noch wesentlich erhöht wird. Eine ganze Reihe werthvoller weiterer Beigaben am Schlusse und ein durchgearbeitetes Literatur-Verzeichniss erhöhen die Brauchbarkeit des kleinen Buches. Nur die Parallelisirung der von Théophraste Renaudot gegründeten Pariser Poliklinik mit denen moderner chemischer Grossfabriken entpricht doch nicht recht dem Wesen dieses Pariser Philanthropen.

K. Sudhoff (Hochdahl).

51. **Geschichte des ärztlichen Standes und des ärztlichen Vereinswesens in Franken, speciell in Würzburg**; von Dr. J. Riedinger. Festschrift zur Feier der im Jahre 1848 erfolgten Begründung der ärztl. Vereine in Würzburg. Würzburg 1899. Stahel'sche Verlagsanstalt. 8. 133 S. (1 Mk. 50 Pf.)

R. baut seine werthvolle Schrift auf handschriftlichen Fundamenten auf. Nach einer kurzen aber treffenden Schilderung des Medicinalwesens in Franken und Bayern vor dem Jahre 1848 geht R. zu einer durchaus auf Studium der ersten Quellen beruhenden Darstellung der interessanten Vorgänge in Unterfranken und im weiteren Bayern in den Jahren 1848 und 1849 über, als die stürmischen Freiheitbestrebungen dieser aufgeregten Zeit auch die mit ihrer wirthschaftlichen Lage vielfach mit Recht unzufriedene Aerztewelt ergriffen hatten, und man allenthalben aus den betheiligten Kreisen energisch unter festem Zusammenschlusse auf eine durchgreifende Medicinalreform drängte. Die Ereignisse und die betheiligten Persönlichkeiten sind in gleich trefflicher Klarheit geschildert und gezeichnet. Nimmt diese aufgeregte Periode, die zum ersten Male die Vereinigungsbestrebungen der Aerzte in umfassenderer Weise in die Erscheinung treten liess, mit Fug und Recht einen grossen Raum ein in der tüchtigen Arbeit, so ist die weitere Entwickelung des Vereinswesens, der Medicinalgesetzgebung und der sonstigen Angelegenheiten des Aerztestandes in Franken bis auf den heutigen Tag herab nicht minder eingehend und gründlich behandelt. Natürlich traten bei dem zweiten unterfränkischen Kreisvereine die politischen Motive ganz zurück und die collegialen in den Vordergrund. Der letzte Abschnitt ist dem ärztlichen Bezirksvereine Würzburg gewidmet, der, im Jahre 1848 gegründet, später einige Jahre geschlafen hatte, im Jahre 1865 zu neuem Leben erwachte und neue Bahnen einschlug. Die Jahre der Blüthe und des Niederganges sind in gleicher Weise geschildert, auch der wissenschaftlichen Vereinsthätigkeit ist ihre gebührende Stelle in der Berichterstattung angewiesen. Die treffliche Schrift verdient auch ausserhalb Unterfrankens und Bayerns die Beachtung Aller, die sich für die Entwickelung des ärztlichen Standes und des ärztlichen Vereinslebens interessiren; der Geschichtschreiber unseres Standes wird an der quellenfrischen Arbeit nicht achtlos vorübergehen.

K. Sudhoff (Hochdahl).

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 264. **1899.** **№ 3.**

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

492. **Ueber Spermatocelen-Flüssigkeit,** *zugleich ein Beitrag zur Chemie des Samens;* von Dr. M. Vertun. (Centr.-Bl. f. d. med. Wissensch. XXXVII. 31. p. 529. 1899.)

Der Inhalt einer grossen Spermatocele mit sich lebhaft bewegenden Spermatozoën, reagirte schwach alkalisch, enthielt Spuren von Chlornatrium und Phosphorsäure, 0.44% Eiweiss, fast ausschliesslich Serumalbumin. Hemialbumose fehlte, ebenso Spermin. Bei Zusatz Florence'scher Jodjodkaliumlösung entstanden keine Krystalle.

Der Reiz zur Bewegung der Spermatozoën kann also hier nicht von Hemialbumose oder Spermin geliefert sein, dürfte somit nicht in bedeutendem Grade von Sekretionprodukten der accessorischen Drüsen abhängig sein.

V. Lehmann (Berlin).

493. **Existence et variations du ferment-lab dans la lymphe**; par N. Floresco, Paris. (Journ. of Physiol. XXIII. Suppl. Fourth internat. physiol. Congr. p. 39. 1898.)

Die Lymphe des Ductus thoracicus eines Hundes, die durch vorherige Einspritzung von Propepton oder Blutegelextrakt ungerinnbar gemacht war, wurde aufgefangen; sie reagirte leicht alkalisch. 1 ccm davon mit 5 ccm Milch vermischt und bei 38° gelassen, bewirkte nach 25 Minuten Coagulation.

Dieses in der Hundelymphe enthaltene Labferment ist aktiver beim jungen, als beim alten Thiere, verringert sich und verschwindet schliesslich beim Hunger. V. Lehmann (Berlin).

494. **Beiträge zur Kenntniss der Gallenfarbstoffe**; von Dr. Adolf Jolles. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXV. 8. 9 u. 10. p. 446. 1899.)

Behandelt man geringe, in Chloroform gelöste Bilirubinmengen mit Hübl'scher Jodlösung, so kann man dieselben farbigen Produkte erhalten, wie bei der Behandlung des Bilirubins mit Salpetersäure. Das so entstehende grüne Oxydationprodukt ist nach Eigenschaften und Elementaranalyse als Biliverdin anzusprechen.

Die alkoholische Lösung des Biliverdins giebt mit ammoniakalischer Zinkchloridlösung eine grüne Fluorescenz. Wird eine Lösung von Biliverdin in salzsäurehaltigem Alkohol mit reinem Zinkstaub versetzt, so geht die grüne Farbe in gelb über.

Das blaue Oxydationprodukt (Bilicyanin) zeigt keine specifischen Eigenschaften, die ihm den Charakter eines einheitlichen Körpers verleihen würden. Seine alkoholische Lösung giebt ebenfalls mit ammoniakalischer Zinkchloridlösung Fluorescenz. Ebenso fluoresciren auch das violette, rothe und braune Oxydationprodukt.

Das letzte Oxydationprodukt, „Bilixanthin", ist um 3 Atome Sauerstoff reicher, als das Bilirubin.

Das Bilixanthin fluorescirt nicht mehr mit ammoniakalischer Zinkchloridlösung.

V. Lehmann (Berlin).

495. **Ueber Nachweis und Vorkommen des Glykocolls**; von Karl Spiro. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 174. 1899.)

Das Glykocoll als solches ist bisher in thierischen Geweben nur einmal gefunden worden (im Kaumuskel einer Kammuschel), als Zersetzungsprodukt von Proteïnstoffen nur selten: ausser beim Leim noch beim Elastin, Spongin, Conchiolin, auch bei der Zersetzung der Hornhaut und der Seide. Neuerdings wurde aus Pferdeblutserumglobulin ein Albuminoid, das „Glutolin" dargestellt, das bei Zersetzung mit concentrirter Salzsäure Glykocoll lieferte.

Die Seltenheit der Befunde rührt besonders von der Schwierigkeit der Erkennung und Rein-

darstellung des Glykocolls her. Sp. hat ein Verfahren erprobt, wobei durch Darstellung von Hippursäure und Condensation der letzteren mit Benzaldehyd eine Reihe charakteristischer, leicht fassbarer Produkte erhalten wird: zunächst ein durch Schmelzpunkt und Krystallform gut charakterisirtes Laktimid, das leicht rein erhalten werden kann, dann durch Hydratation und Spaltung aus dem Laktimid die Benzoylamidozimmtsäure und die Phenylbrenztraubensäure, von denen letztere noch in kleinen Mengen charakteristische Reaktionen liefert.

Aus durch Schwefelsäure gespaltenem Fibrinogen, Fibrin, Globulin und Hämoglobin konnte Sp. nach seinem Verfahren das Laktimid der Benzoylamidozimmtsäure erhalten und so die Anwesenheit des Glykocolls nachweisen. Im Casein war es nicht zu finden. Bei der Protalbumose des Fibrins war es nicht nachzuweisen, dagegen in der Heteroalbumose. V. Lehmann (Berlin).

496. **Fütterungsversuche mit Indol**; von Eyvin Wang. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 557. 1899.)

Ein Hund scheidet eingegebenes Indol, von dem 1 g schon deutliche Vergiftungserscheinungen hervorruft, innerhalb 24 Stunden durch den Harn wieder aus. Etwa die Hälfte des eingeführten Indols wird als indigobildende Substanz ausgeschieden; neben dem indoxylschwefelsauren Kalium werden auch andere gepaarte Schwefelsäuren gebildet. Zwischen Indican und Aetherschwefelsäure besteht kein constantes Verhältniss. V. Lehmann (Berlin).

497. **Ueber die quantitative Bestimmung des Harnindicans nach Wang-Obermayer**; von Jac. Bouma. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 348. 1899.)

Nach dem Verdunsten des Chloroforms, das zur Extraktion des aus Harn gewonnenen Indigos verwandt ist, setzen sich ausser dem Indigoblau noch röthlich-braune Farbstoffe ab. Diese sind, wie B. nachweist, nur Modifikationen des Indigoblau, also auch Oxydationprodukte des Harnindicans. Ebenso wie aus dem Pflanzenindican, entstehen aus dem Harnindican drei Farbstoffe, Indigoblau, Indigoroth und Indigobraun, die durch Behandlung mit Aether und mit kaltem Alkohol von einander getrennt werden können. Die Indigofarbstoffe aus Harn zeigen auch dieselben Spektra wie die Farbstoffe aus Indigo.

Man darf die rothbraunen Farbstoffe bei der Bestimmung also nicht entfernen. Beim Titriren der in Schwefelsäure gelösten Farbstoffe soll so lange Kaliumpermanganat zugesetzt werden, als die Flüssigkeit noch eine Spur von rother Farbe zeigt. V. Lehmann (Berlin).

498. **Beitrag zur Lehre vom Hämatoporphyrin des Harns**; von Prof. E. Nebelthau. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 324. 1899.)

Aus dem burgunderrothen Harn einer Kranken mit hereditärer Syphilis wurde Hämatoporphyrin gewonnen, und zwar durch mehrmaliges Ausfällen mit Eisessig, Auflösen in Natronlauge und wieder Fällen. Mit Hülfe eines näher beschriebenen colorimetrischen Verfahrens lässt sich der Farbstoff gut bestimmen.

Noch in 3 anderen Fällen konnte das Hämatoporphyrin aus dem Harne durch Essigsäure gewonnen werden. V. Lehmann (Berlin).

499. **Sur l'existence d'une oxydase dans la peau de quelques batraciens**; par C. Phisalix, Paris. (Journ. of Physiol. XXIII. Suppl. Fourth internat. physiol. Congr. p. 49. 1898.)

Da die Haut der Batrachier in beträchtlichem Maasse der Athmung dient, so vermuthete Ph. eine Oxydase darin. Er konnte auch ein solches Ferment in der Haut von Rana esculenta, temporaria, Bufo vulgaris nachweisen. Macht man einen Salzwasserauszug aus der Haut und füllt damit 3 Röhren, von denen die erste gekocht, die zweite luftleer zugeschmolzen und die dritte offen stehen gelassen wird, so behalten die beiden ersten Röhren die ursprüngliche Farbe, während die dritte sich innerhalb einiger Tage dunkel färbt. Durch Hitze ist das Ferment zerstört worden, bei Abwesenheit von Sauerstoff konnte es nicht wirken.

Frisch ausgepresster Froschhautsaft bläut ausserdem Guajaktinktur. [Ist nun wirklich die Existenz des Oxydationfermentes bewiesen?? Ref.]
V. Lehmann (Berlin).

500. **1) Dosage chimique de petites quantités d'oxyde de carbone. 2) Dosage de l'oxyde de carbone normal du sang. 3) Formation de petites quantités d'oxyde de carbone dans le sang, lors de l'anesthésie chloroformique**; par Maurice Nicloux, Paris. (Journ. of Physiol. XXIII. Suppl. Fourth internat. physiol. Congr. p. 28. 1898.)

Das Jodsäureanhydrid J_2O_5 ist ein feines Reagens für Kohlenoxyd; lässt man das Gas oder eine es enthaltende Luft über J_2O_5 bei der Temperatur von 100—150° streichen, so bildet sich einerseits Kohlensäure, andererseits freies Jod. Letzteres kann colorimetrisch bestimmt werden.

Die aus dem normalen Blute im luftleeren Raume bei Gegenwart von Essigsäure entweichenden Gase geben die angeführte Reaktion. Das normale Blut enthält also Kohlenoxyd, und zwar durchschnittlich 1.4 ccm im Liter.

Da Chloroform mit wässeriger Kalilauge Kohlenoxyd bildet, so konnte dieses Gas auch bei der Chloroformnarkose entstehen. Diese Annahme hat sich bestätigt. V. Lehmann (Berlin).

501. **On the detection and localisation of phosphorus in tissue elements**; by A. B. Macallum, Toronto. (Journ. of Physiol. XXIII. Suppl. Fourth internat. physiol. Congr. p. 31. 1898.)

Organischer Phosphor wurde bisher in den Geweben dadurch nachgewiesen, dass die letzteren mit einer Lösung von molybdänsaurem Ammoniak in Salpetersäure behandelt, dann ausgewaschen und mit Pyrogallussäure behandelt wurden. M. giebt an, dass die dann entstehenden dunkelen Färbungen nur theilweise die Gegenwart von Phosphor anzeigen, da sie auch durch Oxydation der Pyrogallussäure und durch Einwirkung letzterer auf nicht ausgewaschenes molybdänsaures Ammoniak zu Stande kommen.

Statt Pyrogallol verwendet M. daher eine 1—4proc. wässerige Lösung von salzsaurem Phenylhydrazin, das eine dunkelgrüne Reaktion veranlasst. Lecithin wird vorher durch wiederholtes Ausziehen mit heissem Alkohol entfernt. Gegen die Verwechselung mit anorganischem Phosphor schützt die bei diesem sehr schnell eintretende und ausgebreitete Reaktion.

Mit der Methode gelang der Nachweis gebundenen Phosphors im Chromatin aller Zellen, in Kernkörperchen, in der anisotropen Substanz der Muskelfaser, der Colloidsubstanz der Schilddrüse u. s. w. Auch in kernlosen Organismen fand sich Phosphor in Form von Körnchen oder Kugeln im Cytoplasma. V. Lehmann (Berlin).

502. **On the excretion of phosphorus and nitrogen in leukhaemia**; by W. Hale White and F. Gowland Hopkins. (Journ. of Physiol. XXIV. 1. p. 42. 1899.)

Aus Untersuchungen von Milroy und Malcolm, sowie von Moraczewski hat sich ergeben, dass bei chron. Leukämie die Phosphorausscheidung im Urin sehr herabgesetzt war, im Falle Moraczewski's auch die Stickstoffausscheidung. Man hat aber meist angenommen, dass bei starker Leukocytose auch gesteigerter Nucleinzerfall und daher gesteigerte Phosphorausscheidung erfolgen müsse. Die Phosphor- und Stickstoffausscheidung hängt also nicht allein von der Leukolyse ab.

Auch bei der von W. u. H. untersuchten Leukämie bestand neben starker Leukocytose eine herabgesetzte Phosphorausscheidung. Auch die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure entsprach nicht der starken Leukocytose.

V. Lehmann (Berlin).

503. **Ein Beitrag zur Chemie maligner Geschwülste**; von Dr. Eugen Petry. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 398. 1899.)

P. wollte ursprünglich die quantitativen Verhältnisse der Eiweisskörper in bösartigen Geschwülsten ermitteln, konnte aber keine constanten Ergebnisse gewinnen; nur muss hervorgehoben werden, dass die Carcinome — wie aus dem Kernreichthum verständlich — viel mehr Nucleoproteide enthalten, als normales Gewebe.

Auffallend war die Menge der nicht coagulablen stickstoffhaftigen Substanzen in den Extraktflüssigkeiten. Es ergab sich, dass diese Stoffe durch Autodigestion der Eiweissstoffe entstanden und sich vermehrten — natürlich bei Ausschluss von Fäulniss. Ein Theil dieser Stoffe hat den Charakter der Albumosen, der grössere Theil aber giebt keine Biuretreaktion mehr. Normales Gewebe zeigt diese Autodigestion entweder gar nicht oder in viel geringerem Grade.

[Könnten an diesem Vorgange nicht die supponirten Protozoën der malignen Geschwülste betheiligt sein? Ref.] V. Lehmann (Berlin).

II. Anatomie und Physiologie.

504. 1) **Ueber früheste menschliche Placentation**; von Docent Dr. Hubert Peters in Wien. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 41. 1899.)

2) **Bemerkungen zur frühesten menschlichen Placentation nach Hubert Peters**; von Carl Ruge in Berlin. (Ebenda p. 59.)

1) Peters hat genaue mikroskopische Studien des jüngsten bislang bekannten menschlichen Placentationstadium an einem Eichen von 1.6 : 0.9 : 0.8 mm Durchmesser gemacht, die demnächst von ihm in einer Monographie niedergelegt werden sollen. Diese Untersuchungen beziehen sich vorzugsweise auf die Einbettung des menschlichen Eies, auf die mächtige Ektoblastwucherung, auf das Zustandekommen des intravillösen Raumes und die Provenienz des Syncytium.

Nach P. ist es unzweifelhaft, dass die Capsularisbildung schon in noch jüngerem Stadium, als seither angenommen, nahe ihrer Vollendung ist. Nach P. wird das menschliche Ei sicher bei einer Grösse von circa 1 mm, wenn nicht früher, von Decidua umhüllt. P.'s Eichen lag von einer mächtigen Ektoblastschale umgeben so in einer der beetartig prominirenden und durch Furchen von einander getrennten Wülste der mächtig verdickten Uterusmucosa der hinteren Uteruswand eingebettet, dass es ganz in das deciduale Stroma eingesenkt erschien. Die mächtige, das Ei umgebende Ektoblastschale ist reichlich von Blutlacunen durchsetzt, die mit einander communiciren und ihr förmlich ein spongiöses Aussehen verleihen. Die Blutlacunen des Trophoblastes stehen theilweise in direkter Communikation mit den in der Peripherie reichlich vorhandenen mütterlichen Endothelröhren; gegen den Trophoblast zu ist die Endothelwand entweder durchbrochen oder schon ganz zu Grunde gegangen, die peripherisch gelegene erscheint dagegen wohlerhalten. An der peripherischen Grenze des Trophoblastes ist nirgends eine epithelähnliche oder als Epithelrest zu deutende Bekleidung zu finden. Mit Bestimmtheit

spricht sich P. dahin aus, dass in dem vorliegenden Entwickelungstadium noch keine Drüsen in den intravillösen Raum einmünden. Da alle Uebergänge der Ektoblastzellen des Trophoblastes, der ja später zur Langhans'schen Zellenschicht wird, im vorliegenden Ei vorhanden sind, nimmt P. mit Bestimmtheit die fötale Provenienz des Syncytium an.

Der Einbettungsmodus von P.'s Eichen ist derselbe wie beim Cavia-Ei; das Ei hat sich nämlich durch eine kleine Einbruchspforte in das Deciduagewebe hineingedrängt. Das Ei wächst mit einem gleichzeitig einhergehenden Spaltungsprocess der Decidua in dieser fort. Der intravillöse Raum ist nach P.'s Befunden als ein fötal-vaskulärer Raum aufzufassen und bildet sich ausserordentlich früh.

2) Ruge erkennt die Arbeit P.'s als eine „bedeutungsvolle Arbeit" an, aus der hervorgehe, dass die Einbettung bei den verschiedenen Thieren und bei dem Menschen verschieden ist; die Verhältnisse bei Kaninchen und bei Katzen lassen sich nach R. gar nicht ohne Weiteres heranziehen. Auch die Vergleichung mit dem Meerschweinchen erscheint R. nicht als völlig durchführbar.

Als höchst bedeutungsvoll beurtheilt R. die Peters'sche Beobachtung für die Frage des Zottenepithels; R. stimmt P. darin bei, dass dieses fötalen Ursprungs ist. Die epithelialen Wucherungen spielen entsprechend der P.'schen Beobachtung auch nach R.'s Ansicht bei der menschlichen Placentation nicht die ihnen früher zugedachte Rolle.

„Die *Umwallungstheorie* wird bei der Voraussetzung der physiologischen Eieinbettung nach Hubert Peters fallen; die Präparate, die zu ihrer Begründung herangezogen wurden, stellen nur ein späteres Stadium der Einsenkungstheorie vor. Die *Einsenkungstheorie* wird an die Stelle der *Umwallungstheorie* treten."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

505. **Die Gefässverbindungen der Placentakreisläufe eineiiger Zwillinge, ihre Entwickelung und ihre Folgen.** III. *Die Acardii und ihre Verwandten;* von Friedrich Schatz. 2. Fortsetzung. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 1. 1899.)

In der letzten Arbeit von Sch. (vgl. Jahrbb. CCLX. p. 238) war als Gruppe I *die Acardie durch primären Herztod* (grösste und plötzliche Asymmetrie der gegenseitigen Transfusion) bei arterieller und venöser Anastomose auf der Placenta und als Gruppe II *die Mikrokardie,* bedingt durch sekundären Herztod, besprochen worden. Jetzt folgen als Gruppe III *die heteromorphen Mikrokardie-Pseudohemiacardii.* Es sind dieses missgebildete Früchte, die Acardii geworden wären, wenn sie auf der Placenta nach dem gesunden Mitzwilling hin sowohl arterielle, als auch venöse Anastomosen besässen, die aber Acardii nicht werden konnten, weil sie bei ihrem Placentatypus (A) solche Anastomosen nicht besitzen. Gruppe IV bilden *die heteromorphen Makrocardii.* Sie entstehen, wenn bei Placentatypus A (keine [oberflächlichen] Anastomosen, sondern nur Transfusion in den gemeinschaftlichen Zotten) die Heteromorphie den bei ungleicher gegenseitiger Transfusion begünstigten Zwilling befällt. Für diese Gruppe findet sich in der Literatur nur ein 1855 von Vrorib als „Paracephalus sireniformis" beschriebener Fall. Gruppe V umfasst *Acardii durch Obliteration der Allantoisvene in der Gegend der künftigen Nabelschnur bei Bestehenbleiben der (gemeinschaftlichen) Dottervene als Ersatzvene = Acormi.* Die erhaltene gemeinschaftliche Dottervene ist eine grosse, die ganzen Allantoisvenen und damit die ganzen Placentakreisläufe beider Zwillinge umgehende collaterale venöse Verbindung der Körpervenen beider Zwillinge. Sie ist immer ein sicherer Beweis für ein Cirkulationhemmniss im Verlaufe der Allantoisvene eines Zwillings (des künftigen Acardius) zwischen seinen Placentavenen und seinen Körpervenen, d. h. in seiner Nabelschnurvene. Gruppe VI: *Acardie durch Verengung und Obliteration der Nabelvene (Allantoisvene in der Lebergegend) mit Ausbildung von Ersatznabelvenen um diese Stelle = Acardii, gebildet aus heteromorphen Früchten.* Als Ersatz für die obliterirte Nabelvene können bald zwei, bald nur eine Ersatznabelvene nach den Venae iliacae hin sich entwickeln, es kann eine solche nach der V. subclav. oder es können zwei, eine nach der rechten V. iliaca und eine nach der rechten V. mammaria gehen, endlich können Ersatznabelvenen nach beiden Venae iliacae und nach der Haut des Oberkörpers oder in Form der Venae mammariae internae verlaufen. Durch diese verschiedenen Verlaufsarten entstehen eben so viele Unterabtheilungen der Gruppe. Gruppe VII. *Acardie durch Verengung der Nabelvene im Nabelringe:* a) bei Nabelschnurbruch, b) bei Nabelstenose.

Brosin (Dresden).

506. **Zur Frage des Hermaphroditismus verus;** von Prof. W. Nagel in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 83. 1899.)

Von Blacker in London wurde im XXXVIII. Bde. der Transact. of the Obstetrical Soc. of London 1896 ein 8½monat. todtgeborner Foetus als wahrer unilateraler Hermaphrodit beschrieben. N. bezweifelt die Richtigkeit der Deutung der einen Geschlechtsdrüse als Ovarium aus entwickelungsgeschichtlichen und histologischen Gründen, hält vielmehr beide Organe für Hoden und bestreitet somit, dass bisher beim Menschen eine Zwitterbildung (Eierstock und Hode in demselben Individuum) nachgewiesen ist. Brosin (Dresden).

507. **Zwei Doppelmissbildungen;** von Dr. Georg Burckhard in Würzburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 1. p. 20. 1899.)

1) *Diprosopus distomus.* Das Kind war weiblichen Geschlechts, wog 2250 g und hatte eine Länge von 44 cm. Das Kind kam in Steisslage zur Welt, wurde mittels stumpfen Hakens extrahirt und starb während der Extraktion. Der ganze Rumpf erschien normal gebildet, nur

der Schädel zeigte neben Anencephalie eine auffallende Missbildung, nach der die Frucht als Diprosopus distomus zu bezeichnen ist. B. giebt eine genaue anatomische Beschreibung der Missbildung und 5 erläuternde Abbildungen.

2) *Janiceps asymmetros.* Die Frucht besteht aus 2 Körpern, die sich medianwärts berühren und im Bereiche des Thorax mit einander verwachsen, während der Schädel auf den ersten Blick einfach erscheint. Die rechte Seite der linken Frucht ist mit der linken Seite der rechten Frucht in Verbindung getreten (2 Abbildungen und 1 Röntgenbild).

Die beiden geschilderten Missbildungen geben nach B. je ein Beispiel für die zweifache Entstehungsweise der Doppelmissbildungen: Der 1. Fall für die partielle Spaltung einer ursprünglich einfach gebildeten Anlage, der 2. Fall für die partielle Vereinigung oder Verschmelzung zweier ursprünglich getrennt gewesener Anlagen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

508. **Ein neuer stabiler Augenspiegel mit reflexlosem Bilde**; von Walther Thorner. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 4 u. 5. p. 294. 1899.)

Bei Betrachtung des Augenhintergrundes muss das Licht vom Auge des Beobachteten zu dem Beobachter auf demselben Wege zurückkehren, auf dem es von der Lichtquelle hingelangt ist. An jedem neuen Medium entstehen Brechungen und die reflektirten Strahlen vermengen sich mit den von dem Hintergrunde kommenden. Th. hat nun aus verschiedenen Linsen und mit Einschaltung eines *Nicol*'schen Prisma einen Augenspiegel construirt, der, frei von jedem störenden Reflexe, ein Gesichtsfeld von 37° in der Vergrösserung des aufrechten Bildes giebt. Es ist von grossem Interesse, die allgemeinen Gesetze zu verfolgen, die Th. als Erläuterung seiner Berechnungen giebt. Nach den 11 Bildern kann man die Construktion des Instrumentes genau verfolgen, aber natürlich sich kein Urtheil bilden, ob praktisch das Instrument zu verwerthen und der Augenhintergrund eben so deutlich und vor Allem für den Geübten eben so leicht zu erkennen ist wie mit dem einfachen Plan- oder Concavspiegel. Eine künstliche Erweiterung der Pupille, schon an sich ein grosser Nachtheil, war bei den meisten Augen nothwendig, die Th. mit seinem Spiegel untersuchte.

Lamhofer (Leipzig).

509. **Beobachtungen über den Verlauf centraler und extramacularer negativer Nachbilder**; von Dr. A. Walther in Petersburg. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 53. 1899.)

W. stellte im physiologischen Institute der Universität Leipzig Versuche über die Verschiedenheit des Nachbildverlaufes an centralen und excentrischen Stellen des Sehfeldes an, und zwar unter ausschliesslicher Berücksichtigung der negativen Nachbilder, die nach Fixirung farbloser oder farbiger Pigmentlichter auf grauem Grunde auftreten. Die angewandten Methoden und Instrumente sind genau beschrieben. Das Ergebniss der Versuche war folgendes: „Die negativen Nachbilder, die nach anhaltender Fixirung farbiger Objekte auftreten, können deutliche farblose Reste hinterlassen. Dies gilt für den excentrischen und den stäbchenfreien Netzhautbezirk. Die Erregbarkeitsänderungen oder die den negativen Nachbildern zu Grunde liegende Reaktion für die Roth-Grün-Componente und die Gelb-Blau-Componente der Empfindung verlaufen ungleichmässig; für erstere schneller als für letztere. Die Tonänderung mischfarbiger Objekte und ihrer negativen Nachbilder während des Abklingens verläuft gegensinnig in der Weise, dass relativ zunehmender Gelblichkeit des Objektes relativ zunehmende Bläulichkeit des Nachbildes entspricht und umgekehrt. Die excentrischen Nachbilder haben einen schnelleren Entwickelungsverlauf und eine geringere Dauer als das centrale Nachbild. Dies gilt auch noch innerhalb des stäbchenfreien Bezirkes.“ Die angeführten Thatsachen lassen sich aus der Theorie der Gegenfarben leicht erklären.

Lamhofer (Leipzig).

510. **Ueber künstlich hervorgerufene Farbenblindheit**; von Prof. A. Beck in Lemberg. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 634. 1899.)

Wenn man eine vom Sonnenlichte beleuchtete weisse Fläche längere Zeit fixirt und gleich darauf das Auge auf farbige Gegenstände richtet, die schwächer beleuchtet (im Schatten) sind, so ist für einige Minuten das Vermögen aufgehoben, Farben, besonders Roth und Grün, zu unterscheiden, Roth erscheint braun oder schwarz, Grün erscheint grau oder schwarz. Im Sonnenlichte betrachtet, werden die Farben wieder erkannt. Bei länger dauernder Fixirung der beleuchteten Fläche wird Roth und Grün auch bei guter Beleuchtung nicht mehr erkannt und in diesem Stadium tritt bei schwacher Beleuchtung totale Farbenblindheit ein. Die Ursache dieser Erscheinungen ist sehr wahrscheinlich die ungleiche Ermüdbarkeit der verschiedenen Netzhautelemente. Denn sie treten auch auf, wenn eine sehr hell beleuchtete blaue Fläche oder eine weisse Fläche durch ein blaues Glas fixirt wird. Diese Erscheinungen dürfen nicht ohne Weiteres mit der Ermüdung einer oder zweier Gattungen von Netzhautelementen gleichgestellt werden, wie sie beispielsweise bei Fixirung eines einfarbigen Gegenstandes entsteht, da bei den von B. angestellten Versuchen mit solchen künstlichen Di- oder Monochromaten keine positiven oder negativen Nachbilder auftraten.

Lamhofer (Leipzig).

511. **Ein Beitrag zur congenitalen totalen Farbenblindheit**; von Prof. W. Uhthoff in Breslau. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane XX. 4 u. 5. p. 326. 1899.)

U. prüfte bei einem 16jähr., gänzlich farbenblinden jungen Manne das Verhalten der centralen und der periphe-

rischen Sehschärfe, ihr Abhängigkeitverhältniss von der Beleuchtung, ferner das Verhalten des Lichtsinnes, der Adaption und des Gesichtsfeldes.

Die centrale Sehschärfe betrug $^1/_5$—$^1/_6$ der normalen, entsprechend dem Befunde bei den meisten bisher untersuchten ganz Farbenblinden. Es bestand ein centrales Skotom. Bei zu heller Beleuchtung wurde in erster Linie die Funktion der centralen Retinatheile geschädigt. Durch helle Beleuchtung wurde der Untersuchte überhaupt sehr leicht geblendet, es schien ihm dann, als ob ein Schleier sich über die gesehenen Dinge lagere. Der Lichtsinn, am *Förster*'schen Photometer geprüft, bot in Bezug auf die Reizschwelle keine wesentliche Abweichung. Im Spektral-Apparate erschien dem Farbenblinden das rothe Ende deutlich verkürzt. Die hellste Stelle im Spectrum lag bei ca. 530 $\mu\mu$ (grün), während für das normale Auge das Maximum der Helligkeit in Gelb liegt. Die Dunkeladaption des farbenblinden Auges erfolgte deutlich schneller als die des normalen. Bei der Schätzung der Helligkeit verschiedener Pigmentfarben blieben die Angaben des Farbenblinden gleich während des Tageslichtes, wie während der Herabsetzung der Beleuchtung, da bei ihm (nach Hering) nur die weisse Valenz der Farben sich geltend machte; die Untersucher, deren Helligkeitschätzung bei Tageslicht durch die farbige Valenz der Pigmonte beeinflusst wurde, mussten im Dunkelzimmer ihre Farbenauswahl der des Farbenblinden anpassen. Lamhofer (Leipzig).

512. **Die künstliche Ernährung eines normalen und eines atrophischen Säuglings.** Nach gemeinsam mit Dr. Bendix, Dr. Spitta und Dr. Wolpert angestellten Versuchen; mitgetheilt von Max Rubner u. Otto Heubner. (Ztschr. f. Biol. XXXVIII; N. F. XX. 2. p. 315. 1899.)

Im Anschlusse an eine frühere Untersuchung über den Stoffwechsel eines Brustkindes haben R. und H. umfassende Stoffwechselversuche an einem normalen Säuglinge, der mit gewöhnlicher Kuhmilch ernährt wurde, und bei einem atrophischen Säuglinge bei Milchnahrung und Kindermehlnahrung angestellt.

Aus den Resultaten der umfangreichen Arbeit ist hervorzuheben:

Das normale Kind verwerthete bei Kuhmilchkost mindestens 90.7% der eingeführten Spannkraft, eben so viel wie der früher untersuchte Säugling bei Muttermilch. Das atrophische Kind verwerthete bei Kuhmilchkost nur 87.1%, bei Kindermehl nur 82.4%.

Die Erhaltungsdiät des Säuglings berechnet sich nach dem vorliegenden Materiale zu rund 1021 Cal. pro 1 qm Körperoberfläche.

Beim atrophischen Kinde lässt sich eine abnorme Art der Zersetzung, des Kraftwechsels, des Ansatzes nicht nachweisen; eigenartig ist nur die geringere Resorptionfähigkeit seines Darmes, die reichlichere Kothbildung.

Der Säugling hat bei Erhaltungdiät einen Kraftwechsel, der kleiner ist, als der eines Erwachsenen von entsprechendem Körpergewichte bei Erhaltungkost. (Vgl. unser Referat Jahrbb. CCLXII. p. 249.) V. Lehmann (Berlin).

513. **The physiological effects of „peptone“ when injected into the circulation.** Part II: *The influence of purified peptone, of antipeptone, and of proteoses, on blood coagulation and on the vasomotor system.* Part III: *The local vascular influences of peptone and proteoses, effects on the intestinal and renal districts;* by W. H. Thompson. (Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 374. 396. 1899.)

Eine frühere Untersuchung hatte sich mit dem Einflusse von Witte's Pepton auf die Blutgerinnung und das vasomotorische System beschäftigt. Th. untersuchte nun die einzelnen Bestandtheile von Witte's Pepton auf ihre Wirksamkeit.

Gereinigtes Amphopepton verzögerte nur die Blutgerinnung, Antipepton beschleunigte sie. Mit Protoalbumose und Deuteroalbumose konnten beide (?) Wirkungen erzielt werden. Mit Ausnahme des Antipeptons bewirkten alle Bestandtheile des Witte'schen Peptons Gefässerweiterung, am meisten die Protoalbumose.

Durch die Erweiterung der Unterleibsgefässe wird das Sinken des Blutdruckes hervorgerufen, das nach intravenöser Peptoninjektion zu beobachten ist.

Die Nierengefässe werden nicht erweitert, auch ihre Vasomotoren wenig beeinflusst.

Die Wirkung des Witte'schen Peptons ist fast allein der Protoalbumose zuzuschreiben. V. Lehmann (Berlin).

514. **Contributions to the physiological effects of peptone when injected into the circulation.** Part IV: *The local vascular influences of peptone and proteoses. Effects on the splenic, hepatic, and limb districts;* by W. H. Thompson. (Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 1. 1899.)

Th. hat in früheren Untersuchungen gezeigt, dass die Einspritzung von Witte's Pepton und isolirten Bestandtheilen desselben ein Sinken des Blutdruckes zur Folge hat. Die Ursache dieser Erscheinungen liegt in der Herabsetzung der Erregbarkeit der peripherischen Splanchnicusenden in den Gefässen, da Reizung des Splanchnicus nach Peptoninjektion keine Gefässverengerung und damit kein Ansteigen des Blutdruckes mehr zu Stande bringt. Das Volumen isolirter Darmschlingen (im Plethysmographen gemessen) steigt nach Peptoninjektion in der Vene, faradische Reizung des Splanchnicus bringt weder Steigen des Blutdruckes, noch Sinken des Organvolumens hervor, d. h. die Gefässnervenenden sind unerregbar geworden. Auch die Gefässe der Milz verhalten sich wie die Darmgefässe, nur tritt die Peptonlähmung in schwächerem Grade auf. Proto- und Heteroproteose sind die wirksamsten Bestandtheile des Peptons, viel weniger wirken Deuteroproteose und reines Pepton. Leber- und Gliedergefässe verhalten sich wie die Darmgefässe. Am ausgesprochensten ist die Organvergrösserung an der Leber, dann folgen der Reihe nach Darm, Milz und Glieder.

In der stark ausgebildeten Erweiterungsfähigkeit gerade der Lebergefässe nach Peptoninjektion sieht Th. eine Schutzeinrichtung des Herzens gegen

übermässigen Blutzufluss aus den Regionen der Baucheingeweide. W. Straub (Leipzig).

515. **The effect of compression on one lung on respiratory gas exchange**; by Vaughan Harley. (Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 33. 1899.)

Ein in den Pleuraraum leer eingeführter Gummisack wird mit Wasser (ca. 500 ccm) gefüllt und so die Thätigkeit der einen Lunge ausgeschaltet. Athemvolumen, Kohlensäure und Sauerstoffmengen werden im Respirationapparate während wechselnder Zeiten gemessen. Versuche an Hunden in tiefer Morphium-Aethernarkose.

Im Allgemeinen werden bei vollständiger Obliteration einer Lunge das Athemvolumen, die absoluten Mengen der Kohlensäure und des Sauerstoffs auf nahezu das Doppelte der Normalwerthe gesteigert, ohne dass Athemfrequenz und respiratorischer Quotient in wesentlichem Maasse geändert werden, und obwohl nun die eine Lunge das Doppelte von dem leistet, was unter normalen Verhältnissen die beiden zu leisten hatten. Es erfahren also die Zersetzungsvorgänge im Organismus eine Steigerung. Wenn die Lungencompression lange genug gedauert hat, bestehen die Erscheinungen auch noch fort, nachdem die Compression aufgehoben ist, deshalb kann die während der Compression bestehende Verlagerung des Herzens, die besonders bei Compression der linken Lunge bedeutend ist, nicht die Ursache der Mehrarbeit der einen Lunge sein. Die Erscheinung des Fortbestehens der Mehrleistung der Athmung bei wieder aufgehobener Compression, erklärt H. damit, dass die lange dauernde Compression die Alveoli für lange Zeit funktionunfähig macht.

Zur Erklärung der Verdoppelung der ausgetauschten Gasmengen nimmt H. die von Bohr aufgestellte Theorie zu Hülfe, dass die Kohlensäure in den Alveolen als Reiz für ihre eigene Sekretion wirke; die Thatsache, dass durch die Ausschaltung der einen Lunge die andere die doppelte Menge geliefert bekommt, soll zu noch gesteigerter Kohlensäureproduktion Veranlassung geben, diese primäre Ueberproduktion an Kohlensäure soll dann die Mehraufnahme von Sauerstoff zur nächsten Folge haben. W. Straub (Leipzig).

516. **Ueber die Fettabscheidung des menschlichen Körpers**; von Prof. G. Leubuscher. (Verhandl. d. XVII. Congr. f. innere Medicin. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. p. 457.)

L. legte auf verschiedene Hautstellen Filtrirpapier und bestimmte nach einer gewissen Zeit dessen Fettgehalt. Die Fettabscheidung ist bei verschiedenen Menschen (und an verschiedenen Körperstellen) sehr verschieden, sie hält sich vom 3. oder 4. Lebensjahre bis zur Pubertät etwa gleich, steigt dann beträchtlich an und fällt nach dem Alter zu wieder ab; sie ist bei Brünetten stärker als bei Blonden und ist zweifellos bei mageren, schwer zu mästenden Menschen stärker als bei fetten. Starke Körperbewegungen, Pilocarpin, Atropin, Thyreoidin vermehren sie nicht, wohl aber wird sie durch fette Kost gesteigert. Bei Kachexie nimmt sie beträchtlich ab. Dippe.

517. **Further observations on the elimination of water and carbon dioxid by the skin**; by Wakelin Barratt. (Journ. of Physiol. XXIV. 1. p. 11. 1899.)

Durch Firnissen der Haut wird die Wasserausscheidung durch die Haut herabgesetzt, aber nicht aufgehoben, ebenso bei trockener Entzündung der Haut. Das Wasser wird zum Theil ausgeschieden durch die nicht gänzlich verstopften Schweissdrüsenausführungsgänge, zum Theil durch Diffusion aus letzteren in die Keratinschicht und Abgabe durch diese, zum Theil durch Diffusion aus dem Rete in die Keratinschicht und Abgabe durch diese.

Die Kohlensäure entweicht nur direkt durch die Keratinschicht. V. Lehmann (Berlin).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

518. **Etude expérimentale du passage des substances toxiques du foetus à la mère**; par les Drs. P. Baron et J. Castaigne. (Arch. de Méd. expérim. X. 5. p. 693. Sept. 1898.)

B. und C. berichten über einige, an trächtigen Meerschweinchen, an Hündinnen und an einer dicht vor der Geburt stehenden Frau angestellte Versuche, mittels deren sie durch Nachweis des Austausches von in den Foetus, bez. die Amnionflüssigkeit eingespritzten Stoffen mit dem mütterlichen Blut die Möglichkeit einer durch primäre Erkrankung, bez. durch Absterben des Foetus bedingten Eklampsie feststellen wollten. Erst in neuester Zeit war man, weil man in so vielen Fällen das Entstehen dieser Krankheit nicht zu erklären vermochte, auf diesen Gedanken gekommen, besonders, nachdem es Schmorl gelungen war, bei 17 Eklamptischen eine allgemeine Veränderung des Blutes nachzuweisen, und zwar durch eine coagulirende Substanz, die Vollhard in dem nach einem eklamptischen Anfalle gelassenen Harn und Kollmann im Serum Eklamptischer wiedergefunden hatten, eine Substanz, die augenscheinlich aus den Placentaelementen in Menge in das mütterliche Blut eingewandert war und die sich gleichzeitig in dem Foetus der an Eklampsie Verstorbenen vorfand.

Aehnliche Versuche wie B. und C., und zwar mit Strychnin, bez. Jodkalium, Methylenblau und salicylsaurem Natron, sind bereits mehrfach angestellt worden, haben aber zu recht verschiedenen Ergebnissen geführt. B. und C. benutzten als

Prüfungsmittel beim Menschen das völlig unschädlich befundene Methylenblau; bei den Thierversuchen mussten sie jedoch hiervon absehen, weil ein Nachweis dieses im Körper grösstentheils in Chromogen sich umwandelnden Stoffes in den geringen Mengen Harn, um die es sich bei den Versuchen handelte, zu unsicher gewesen wäre; es wurde hier das Jodkalium benutzt, das (jedoch nur in verdünnter Lösung) sich am unschädlichsten für den Foetus erwiesen hatte. Von den von B. und C. näher beschriebenen Versuchen theilen wir zunächst den an einer Frau (Multipara) angestellten kurz mit.

Er wurde begonnen, als sich der Muttermund bis etwa zum Durchmesser eines Zweifrankstückes erweitert hatte, und es wurde eine 12 cm lange, der Beckenhöhlung entsprechend gekrümmte, mit einer die Spitze schützenden Scheide versehenen Nadel (anfügbar an eine nach Roux gefertigte Spritze) unter Leitung des linken Zeigefingers mit der rechten Hand bis zum Cranium des Foetus, natürlich mit Vermeidung der Fontanellen, geführt. Der Schutz wurde dann etwas zurückgezogen, so dass man die Nadelspitze in die Haut des fötalen Cranium einstossen konnte. Man konnte nun den leitenden Finger leicht zurückziehen und eine Einspritzung von 1 ccm Methylenblaulösung (1:20) vornehmen; die Nadel wurde dann gleichfalls zurückgezogen, die Vagina mit abgekochtem Wasser ausgespritzt und Acht gegeben, ob dieses gefärbt erschien; die gleiche Aufmerksamkeit ist bei erfolgender Geburt auf eine etwaige Färbung der Amnionflüssigkeit zu richten.

Der Versuch war nach B. und C. vollkommen gelungen; schon nach $^1/_2$ Stunde liess sich, allerdings zunächst nur durch Chloroform, das Methylenblau im mütterlichen Harn nachweisen, nach 1 Stunde zeigte er sich deutlich, nach 2 Stunden ganz tief gefärbt; das Methylenblau war also eben so rasch und mindestens eben so stark in den Körper der Mutter gelangt, als wenn man es ihr in die Glutäalgegend eingespritzt hätte. Das Spülwasser der ausgespritzten Scheide hatte keine Spur von Methylenblau enthalten; das 3 Stunden nach der Einspritzung geborene Kind zeigte an seiner Schädelhaut deutlich die Spuren des gemachten Einstichs. Der Versuch blieb ohne irgendwelche üble Folge. Beweisende Einspritzungen in das Amnion zu machen, ist, wie B. und C. betonen, in Fällen wie dem vorliegenden sehr schwer, besonders weil hier nicht wie beim Foetus ein fester Stützpunkt gegeben ist.

Die von B. und C. genau beschriebenen Thierversuche wurden in der Weise angestellt, dass die Thiere erst ätherisirt, dann laparotomirt wurden und nach geschehener Jodeinspritzung die Wunde mit Catgut zugenäht und mit Watte verbunden wurde; bei der Transparenz der Organe ist die Ausführung der Operation leicht. Behufs der Harnuntersuchung wurden die Meerschweinchen alle 10 Minuten mit geeigneten Röhrchen katheterisirt, die Proben auf ungesäuerte Brotscheiben gebracht und die Prüfung über Dämpfen von Acid. nitric. fum. vorgenommen. So wurden u. A. bei einem dem Werfen nahen Meerschweinchen 2 ccm Jodkaliumlösung (1:20) in das Amnion des einen der beiden Foetus gespritzt und 2 Stunden danach ergab der mütterliche Harn die Jodreaktion, die länger als 48 Stunden anhielt (nach 8 Tagen warf das Thier 2 lebende Junge). Bei einer etwa 5 bis 10 Wochen trächtigen Hündin dagegen, bei der 4 ccm Jodkaliumlösung (1:10) in das Amnion des einen Foetus gespritzt worden waren, war keine Jodreaktion des Harns erfolgt. Das Thier starb am 3. Tage; der Foetus zeigte sich macerirt, das war der Grund des Fehlens des Jods sowohl im mütterlichen Körper, als in der Placenta, ja selbst im Blut des Foetus, der in Folge zu starker Einspritzung gestorben war.

Aus diesen und anderen ähnlichen Versuchen ziehen B. und C. folgende Schlüsse:

1) Die unmittelbar in den Foetus oder in das Amnion gespritzten Stoffe gehen rasch in den mütterlichen Körper über, wenn der Foetus lebt; der Uebergang ist nach fötaler Einspritzung merklich schneller als nach amniotischer. Es ist daher sicher, dass, wenn der Foetus in seinem Blute kreisende giftige Stoffe enthält oder solche in der Amnionflüssigkeit sich befinden, deren Uebergang in den Körper der Mutter stattfinden wird. Die Möglichkeit einer Eklampsie fötalen Ursprunges ist also erwiesen.

2) Ist der Foetus todt, so geht der in das Amnion oder selbst in den Foetus eingespritzte Stoff nicht in den Mutterkörper über. Es geschah dies wenigstens nicht während der Dauer der Versuche. O. Naumann (Leipzig).

519. **Können Malariaplasmodien mit Kernen kernhaltiger rother Blutkörperchen verwechselt werden?** von Dr. C. S. Engel in Berlin. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1. 2 u. 3. p. 30. 1899.)

Eine solche Verwechselung ist möglich. E. stellt zu ihrer Vermeidung folgende Sätze auf: „Nicht zu verwechseln sind die Malariaplasmodien, wenn sie Pigment besitzen, also die älteren Formen, da schwarzgelbes Pigment, wie es bei den Plasmodien zu finden ist, im Kern nie vorkommt. Unter diesen Umständen sind die Plasmodien auch im frischen ungefärbten Blute leicht zu erkennen. Nicht zu verwechseln, und zwar im frischen Präparat, sind die Plasmodien, wenn sie amöboide Bewegung zeigen. Dann sind selbst die Sporen als Fremdkörper innerhalb der Blutzellen zu diagnosticiren. Nicht zu verwechseln sind die Plasmodien mit den strukturreichen Kernen der polychromatischen Normoblasten im gefärbten Präparat, da einerseits der intensiv gefärbte Kern, andererseits die meistens unregelmässige Form des polychromatischen Protoplasma eine Verwechselung mit den Plasmodien um so weniger fürchten lässt, als diese meistens orthochromatische, normal gefärbte Erythrocyten angreifen. Nicht zu verwechseln sind endlich die Plasmodien mit den kleinen Kernen der orthochromatischen, kernhaltigen rothen, so lange der Kern noch intensiv gefärbt ist, da die Färbung der Plasmodien eine viel zartere ist. — Verwechselt werden können die Malariaplasmodien, und zwar sowohl die bisher bekannten Formen, als auch die Plehn'schen Malariakeime mit Kernresten, sowohl mit derjenigen Form, in welcher der Kern allmählich

kleiner wird und schwindet, als auch mit denjenigen Formen, wo der Kern sich in einzelne Partikelchen getheilt hat. Erwähnt sei noch, dass auch die Blutplättchen, zumal da sie zu den Kernfragmenten in Beziehung zu stehen scheinen, Veranlassung zur Verwechselung mit Plasmodiensporen geben können.“ Dippe.

520. **Zur Färbung der Malariaparasiten**; von Dr. Nocht in Hamburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21. 22. 1899.)

Die Methode N.'s beruht auf der Anwesenheit eines eigenartigen Derivates des Methylenblaues in den Methylenblaumischungen. N. nennt es „Roth aus Methylenblau“ und schreibt ihm die ausschlaggebende Rolle zu. H. Beschorner (Dresden).

521. **Beitrag zur Kenntniss der Lebensbedingungen des Spirillum volutans**; von Dr. Vogt in Butzbach. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 23. 1899.)

Beim Versuche nach der Kutscher'schen Methode auf festem Agarnährboden Reinculturen der Spirillen zu gewinnen, stiess V. auf Schwierigkeiten. Es gelang nach vielen anderweitigen Versuchen das Spirillum in einem warmen wässerigen Auszug von geschälten Erbsen, dem Natriumchlorid und besonders Ammoniumcarbonat zugesetzt wurden, in Reincultur zu züchten.

H. Beschorner (Dresden).

522. **Beiträge zur Cultur des Leprabacillus**; von Max Teich. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21. 22. 1899.)

Es gelang mit Hülfe von Kartoffelagar oder Kartoffelwasser, sowie auf Kartoffeln, die mit Sodalösung befeuchtet waren, ein Bakterium zu züchten und fortzupflanzen, das einen grossen Polymorphismus zeigte. Dieser ist unabhängig von der Beschaffenheit des Nährbodens. Das Bakterium ist wahrscheinlich identisch mit den von Bordoni-Uffreduzzi, Babes, Lewy, Czaplewski und Spronck gezüchteten Mikroorganismen.

H. Beschorner (Dresden).

523. **Beitrag zur Frage von der Empfänglichkeit der Vögel für Milzbrand**; von K. A. Kutschuk in Petersburg. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 1. p. 17. 1899.)

Die Versuche, die K. an Sperlingen und Dohlen anstellte, ergaben, dass die Empfänglichkeit der Thiere für Milzbrand durch Lichtentziehung gesteigert wird. 50% der Sperlinge, die ohne Entziehung von festem Futter oder Wasser im Dunkeln in Gefangenschaft gehalten wurden, zeigten sich für die Ansteckung mit Milzbrand empfänglich.

Eine noch grössere Empfänglichkeit trat ein, wenn die Vögel der Federn beraubt wurden; insbesondere wurde in diesem Falle die natürliche Unempfänglichkeit der Dohlen gegen Milzbrand *aufgehoben*. Radestock (Blasewitz).

524. **Ueber einen in der Luft gefundenen Diplococcus**; von Dr. A. G. Rosenthal. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 1. p. 1. 1899.)

R. züchtete aus der Luft eines Stalles für Versuchsthiere im bakteriologischen Institute Piorkowski's einen grossen Doppelkugelspaltpilz, dessen Untersuchung im hängenden Tropfen eine deutliche *Kapsel* und *Unbeweglichkeit* erkennen liess. Färbung mit Methylenblau, das übrigens nicht überall gleichmässig angenommen wurde, liess die Nierenform der Doppelkugeln, sowie den ausgeprägten Zwischenspalt deutlicher hervortreten. Mit Loeffler's Kampechebeize und Nachfärbung mit Methylenblau erhielt man eine Färbung der Kapsel. Nach Gram färbte sich der Spaltpilz nicht. Er wuchs gut auf schräg erstarrtem Agar bei 37° C. und liess schon nach 18 Stunden ein sehr beträchtliches Wachsthum in einzelnen punktförmigen Herden erkennen. Auf Traubenzuckeragar gedieh der Spaltpilz jedoch noch besser. In Fleischbrühe zeigte sich bei 16—18° nach 24 Stunden eine mässige Trübung im unteren Theile und wenig Bodensatz. Gasbildung war nicht zu bemerken. Auf Traubenzuckeragar zeigte sich nach 24 Stunden ein üppiges, fettglänzendes, sternförmig streifiges Wachsthum von grauweisser Farbe, mit scharfem, eingekerbten Rande.

Diese Pilzwucherung sass wie ein stumpfer Kegel auf dem Nährboden und opalescirte bei durchfallendem Lichte.

Weiteres über Ursprung, Eigenheiten und Bedeutung dieses Spaltpilzes (*Diplococcus magnus*) will R. später mittheilen.

Radestock (Blasewitz).

525. **Zur Kenntniss der Colibacillen des Säuglingsstuhles**; von Dr. Henry Lee Smith. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20. 1899.)

Die aus dem Stuhle normaler Brustkinder gewonnenen „Coliculturen“ stimmen in den wesentlichen morphologischen und histologischen Merkmalen untereinander und mit dem von Escherich beschriebenen Typus des Bacterium coli überein. Ihre Uebereinstimmung geht sogar so weit, dass sie von dem Serum eines Thieres, das gegen einen der Stämme immunisirt wurde, agglutinirt werden. Die Reaktion ist an das Individuum gebunden, scheint aber, wenigstens bei Säuglingen, von der Art der Ernährung unabhängig zu sein.

H. Beschorner (Dresden).

526. **Zur Biologie des Bacillus faecalis alcaligenes**; von Dr. Alfons Fischer. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20. 1899.)

Zur Unterscheidung der Typhusbacillen von den Pseudotyphusbacillen, besonders dem Bacillus faecalis alcaligenes, welcher den Typhuserregern in vielfacher Beziehung ähnlicher ist, als das Bacterium coli, wird die Cultur in Lakmusmolke empfohlen. H. Beschorner (Dresden).

527. **Der Bacillus der Hundestaupe (Febris catarrhalis epizootica canum)**; von Thierarzt Dr. Jess in Charlottenburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15 u. 16. 1899.)

Aus dem Conjunctival- und Nasensekret eines Hundes wurde ein kleines, einzeln liegendes, stets constante Formen zeigendes, sich nach Gram färbendes Stäbchen gezüchtet, das mit keinem der bisher bei der Staupe beobachteten Mikroorganismen identisch ist. Für Hunde, Meerschweinchen und Katzen ist der Bacillus pathogen und erzeugt bei intrapleuraler und subcutaner Injektion der Reincultur ein der Staupe vollkommen gleichendes Krankheitbild. H. Beschorner (Dresden).

528. **Etude anatomique des lésions pulmonaires observées chez le chien à la suite d'injections intra-trachéales de bacille typhique**; par R. Lépine et B. Lyonnet. (Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 549. 1899.)

Die Vff. versuchten an Hunden durch Einbringen von Reinsaaten Eberth'scher Spaltpilze in die Luftröhre eine Lungenentzündung hervorzurufen, in der Erwartung, dass diese derjenigen des typhuskranken Menschen gleichen würde. Es kam indessen anders: Zunächst entstand eine Blutüberfüllung der Lungenbläschen mit Blutungen, hierauf eine schleimige Ausschwitzung in die Bläschen, indessen *ohne* Faserstoffausscheidung, sodann verdickten sich die Bläschenwände so stark, dass die Höhlung der Lungenbläschen verschwand.

Die Vff. wollen künftig *gleichzeitig* mit den Eberth'schen Spaltpilzen den Versuchsthieren die eigentlichen Erreger der Lungenentzündung beibringen, in der Erwartung, dann das gewünschte Krankheitbild zu erhalten. Radestock (Blasewitz).

529. **A case of malta fever**; by J. H. Musser and J. Sailer. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 4. p. 59. Febr. 1899.)

Der von M. und S. beschriebene Fall von Maltafieber bietet nur insofern Bemerkenswerthes dar, als der Nachweis der Krankheiterreger (Micrococcus melitensus) im Blute des Kranken gelang und die Krankheit, die sich der Kranke (ein Offizier) in Porto Rico zugezogen hatte, erst auf amerikanischem Boden, woselbst Maltafieber bisher nicht beobachtet worden war, zum Ausbruch kam. Radestock (Blasewitz).

530. **Ueber verschiedene Streptokokkenarten**; von Dr. Menge und Dr. Kroenig in Leipzig. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 703. 1899.)

Der von M. und Kr. schon früher beschriebene obligatorisch anaërobe Streptococcus wurde von Koblanck nicht als eigene und in ihren Eigenschaften constante Art anerkannt. Die in allen Einzelheiten wiedergegebenen neueren Untersuchungen M.'s und Kr.'s bestätigten, dass man die Streptokokken nach ihrer dauernd verschiedenen Empfindlichkeit gegen den Sauerstoff der Luft in fakultativ und obligatorisch anaërobe unterscheiden kann. Unter den letzteren, deren Empfindlichkeit gegen den Sauerstoff der Luft sehr gross ist, giebt es wieder verschiedene Arten, von denen eine bei ihrem Wachsthum auf künstlichem Nährboden übelriechende Zersetzungen erzeugt. Obligatorisch anaërobe Streptokokken finden sich als Saprophyten häufig im Scheidensekret von Frauen; sie können aber auch in den menschlichen Körper eindringen, also echte Parasiten sein. So finden sie sich im Gewebe bei jauchiger Bauchfellentzündung. Meist finden sich entweder *nur* obligatorisch anaërobe oder *nur* fakultativ anaërobe Streptokokken; nur zuweilen kommt eine Symbiose beider vor. Letztere haben M. und Kr. bei jauchiger Parametritis und im Lochialsekret der Gebärmutter beobachtet, auch konnten sie sie im künstlichen Nährboden erhalten. J. Praeger (Chemnitz).

531. **Recherches bactériologiques sur le canal génital de la femme**; par J. Hallé. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 113. Févr. 1899.)

H. giebt eine genaue Beschreibung des mikroskopischen Bildes und der Culturen der theils im normalen Scheidensekret, theils im Exsudat zurückgehaltener Placentastücke und im Eiter von Bartholinitis gefundenen Mikroorganismen. Wir führen nur die einzelnen Arten an, da es zu weit führen würde, auf Einzelheiten einzugehen. Unter den aëroben Mikroben kommt zuerst der Neisser'sche Gonococcus. Im Gegensatze zu Wertheim hat ihn H. niemals fakultativ anaërob gefunden. Dann folgen die Pseudodiphtheriebacillen (kurze Stäbchen wie die Diphtheriebacillen, aber *nicht* pathogen), der keulenförmige Bacillus, den Weeks zuerst auf der gesunden und kranken Conjunctiva nachgewiesen hat (ebenfalls *nicht* pathogen), von Streptokokken 3 Arten: Der Streptococcus pyogenes, ein Streptococcus, der mehr oder weniger lange Ketten bildet, aber durch die ungleiche Grösse seiner Körner charakteristisch ist (identisch mit dem Streptococcus des Speichels von Veillon und ähnlich dem von Lingelsheim) und der Streptococcus tenuis von Veillon (kurze Ketten bildend, den Pneumokokken ähnelnd). Letztere beiden sind nicht pathogen. Sodann findet sich der bekannte Staphylococcus epidermit. albus und endlich ein langer dünner nicht pathogener Bacillus, der nach Gram gefärbt bleibt. Als anaërobe Mikroben beschreibt H. den Mikrococcus foetidus (isolirte oder Diplokokken, deren Culturen stark stinken), der meist pathogen erscheint, den Bacillus funduliformis (stäbchenförmig, meist leicht gekrümmt, bisweilen stark entwickelt, weit verzweigt, oft Gas entwickelnd, das, wie die Culturen, stinkt, bei Thierversuchen meist pathogen), den Bacillus nebulosus (von verschiedener Form und Grösse, entfärbt sich nach Gram, meist sich als pathogen erweisend) und schliesslich den Bacillus caducus. J. Praeger (Chemnitz).

532. **Die Folgen langdauernder ungenügender Entleerung von Blase und Mastdarm beim Weibe**; von Dr. Hugo Sellheim in Freiburg i. B. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 3. p. 515. 1898.)

S. berichtet über einen Fall von starker Stauung von Urin und Koth, in dem es gelang, den Situs der einzelnen Organe im Zusammenhange mit dem knöchernen Becken zu fixiren und nach geeigneter Methode alle Einzelheiten dieser Störung zu prüfen. Nach dem Befunde hatte die 24jähr. geisteskranke Person augenscheinlich lange Zeit hindurch ihren Koth und Urin nur ganz unvollkommen entleert.

S. schildert das topographische Verhalten der Weichtheile im Allgemeinen, ferner die einzelnen Organe und Gebilde der Reihe nach im Besonderen in Bezug auf Lage, Form, Blutversorgung und histologische Abweichungen. [Abbildungen.]

Die starke Ueberfüllung von Blase und Mastdarm verursacht tiefergreifende und vielseitigere Veränderungen, als man früher annahm. Die starken Compressionerscheinungen im kleinen Becken erklären sich nach S. durch die Einklemmung der allseitig ausgedehnten Blase im Beckeneingange. Ein stärkeres Ausweichen nach dem grossen Becken war durch ihre natürliche Befestigung im kleinen Becken unmöglich. Hierdurch und durch die gleichzeitige Füllung des Mastdarmes wurden die Nachbarorgane rücksichtlos dislocirt und sogar die nachgiebigen Wände des Beckenbodens (Beckenboden und Incisurae ischiadicae) nach aussen gedrängt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

533. **Ein Fall von Cystenniere**; von Dr. A. Theilhaber. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 496. 1899.)

Th. berichtet über den Sektionbefund an einem spontan todtgeborenen Kinde, bei dem sofort nach der Geburt der grosse Umfang des Bauches auffiel. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich ein grosser Tumor, der fast den ganzen Bauchraum ausfüllte und aus beiden bedeutend vergrösserten Nieren bestand, die mit ihren medialen Flächen sich berührten. Die Länge einer jeden Niere betrug 13 cm, die Breite $7^1/_2$ cm, der grosse Umfang senkrecht zur Längsachse $18^1/_2$ cm. Die Nieren waren in allen ihren Theilen cystisch degenerirt.

In dem vorliegenden Falle von Cystenniere war die Geschwulst jedenfalls nicht durch eine Stauung entstanden; eine Atresie der abführenden Harnwege war nicht festzustellen. Th. betrachtet seinen Fall im Wesentlichen als „Neubildung", combinirt mit fötaler Missbildung.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

534. **Cystisches Adenofibrom der Leistengegend**; von Dr. L. Aschoff in Göttingen. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 25. 1899.)

Das Präparat, das A. genau histologisch untersucht hat, war einer 42jähr. Frau exstirpirt worden. Die längste Ausdehnung des Tumor betrug 3 cm. In den Schnitten fand A. alle wichtigen Bestandtheile des von v. Recklinghausen geschilderten Kanalsystems, Endkolben mit plattem, gewundene Sekretionröhrchen mit cubischem, Sammelröhren mit cylindrischem Epithel. Im Gegensatze zu den von v. Recklinghausen untersuchten Tumoren fand A. keine Spur von Muskelgewebe; es handelte sich nicht um ein Myom, sondern um ein Fibrom. v. Recklinghausen, dem A. die Präparate vorlegte, erkannte die Geschwulst als Urnierengeschwulst an.

A. studirte das Vorkommen von Urnierenresten an Embryonen und Neugeborenen, konnte aber in keinem einzigen Leistenbande, weder bei den männlichen, noch bei den weiblichen Föten, Urnierenreste auffinden. Trotzdem hält A. an der Möglichkeit eines derartigen Vorkommens fest.

Im Anschlusse beschreibt A. 2 Adenomyome, die er ebenfalls als Geschwülste des Wolff'schen Körpers anspricht.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

535. **Beitrag zur Lehre von der „Hyperkeratosis diffusa congenita"**; von Cand. med. A. Wassmuth in Graz. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 1. p. 19. 1899.)

W. giebt eine durch Abbildungen erläuterte Beschreibung eines kurz nach der Geburt verstorbenen Kindes mit einem über die ganze Körperoberfläche ausgebreiteten Hornhautpanzer, der insbesondere an den Beugeseiten der Gelenke und am Halse tiefe, sich bis in die Lederhaut erstreckende Risse und Sprünge zeigte. Die Untersuchungen mit Gram'scher Flüssigkeit und verdauender Flüssigkeit nach Unna ergaben, dass die *Verhornung* der Haut nur eine *unvollendete* war; auch erstreckte sich die Verhornung nur bis auf die Talgdrüsen und äusseren Wurzelscheiden der Haare, wogegen die Schweissdrüsen den gewöhnlichen Bau zeigten. Endlich waren Merkmale einer Entzündung nicht aufzufinden.

Radestock (Blasewitz).

536. **Mucous fistula following appendical abscess; isolation of the appendix**; by John H. Jopson. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 4. p. 60. Febr. 1899.)

J. beobachtete in einem tödtlich verlaufenen Falle von eiteriger Bauchfellentzündung am Blinddarme einen ungewöhnlichen Sitz des Wurmfortsatzes, hoch über dem Blinddarmende.

Im Wurmfortsatze fand sich eine Durchbruchstelle, die Ausgangpunkt einer Schleimfistel war.

Radestock (Blasewitz).

537. **Ueber Kalkablagerungen an den serösen Häuten des Herzens**; von Cand. med. Fritz Diemer. (Ztschr. f. Heilkde. XX. 4. p. 257. 1899.)

Nach kurzer Mittheilung der Krankengeschichten von 10 in der Literatur beschriebenen Fällen von Kalkablagerungen an der Serosa cordis nach perikarditischen Processen werden 2 Fälle von Herzbeutelerkrankung, die innerhalb von 4 Monaten im pathologischen Institute zu München zur Obduktion kamen, besprochen. Die Kalkablagerungen hatten hier einen Umfang angenommen, wie sie bisher noch nicht beobachtet wurden; sie umgaben das Herz vollständig als starre Ringe. (Das ringförmige Petrifikationgebilde wird in einer Abbildung, die nach einem Macerationpräparate hergestellt wurde, zur Anschauung gebracht.)

Anhangsweise wird ein im Münchener pathologischen Institute aufbewahrtes Präparat kurz beschrieben, bei dem an der Spitze das Endokard durch eine harte Kalkablagerung ersetzt ist, die in Form und Umfang vollkommen übereinstimmt mit einer halbirten Eischale, nur dass ihre Wandung erheblich dicker und härter ist.

H. Beschorner (Dresden).

538. **Beiträge zur Kenntniss der Histogenese der peripheren Nerven nebst Bemerkungen über die Regeneration derselben nach Verletzungen**; von Dr. Rud. Kolster in Helsingfors. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 190. 1899.)

K. erklärt seine frühere Auffassung, dass bei der Heilung durchschnittener Nerven der Schwann'schen Scheide irgend welche Bedeutung zukomme, für irrig, da aus seinen neueren (entwickelungsgeschichtlichen) Untersuchungen hervorging, dass die Heilung verletzter Nerven durch ein Auswachsen der Nervenfasern vom oberen Stumpfe aus bewirkt wird, und zwar *ohne* Betheiligung der Schwann'schen Scheide.

Hierfür spricht auch, wie K. betont, der bekannte Versuch Vanlair's, der, nachdem er den oberen Stumpf eines abgeschnittenen Nerven in ein Röhrchen aus entkalktem Knochen hatte einheilen lassen, nach einem halben Jahre 6 cm lang ausgewachsene Nervenfasern in dem Röhrchen fand.

Radestock (Blasewitz).

539. **Die histologischen Vorgänge bei der Heilung von Hodenverletzungen und die Regenerationsfähigkeit des Hodengewebes**; von Dr. Alexander Maximow in Petersburg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 230. 1899.)

M. benutzte als Versuchsthiere junge und erwachsene Kater, Hunde, Kaninchen, Meerschweinchen, Frösche und Molche, letztere ohne Erfolg; er brachte den Thieren Hodenverletzungen theils mittels glühender Nadel, theils mit dem Messer (keilförmige Ausschnitte), theils auf beide Weisen bei. Hierauf zeigte sich, dass das der verletzten Stelle unmittelbar anliegende Gewebe auf eine bestimmte Strecke dem Gewebetode verfiel. Später wurde es durch Bindegewebe ersetzt, wobei zwar scheinbar auch eine Neubildung von Drüsengängen stattfand, letztere besassen indessen *nicht* die Fähigkeit, Samen zu bilden.

Es trat also weder bei den Säugethieren, noch beim Frosche eine Wiederherstellung der verlorengegangenen Theile des Hodens ein.

Radestock (Blasewitz).

540. **Ueber Hodensarkome**; von Dr. Kayser. (Mittheil. aus d. Hamb. Staatskrankenanstalten II. 2. p. 99. 1899.)

21 von K. mitgetheilte Krankengeschichten bestätigen die Angaben Kocher's und Ludlow's, dass sich die Hodensarkome in der grösseren Anzahl der Fälle um das 40. Lebensjahr herum entwickeln, und dass Männer vom 30. Lebensjahre ab ganz besonders empfänglich für diese Erkrankung sind.

Die *Voraussage* bei diesen Geschwülsten bezeichnet K. auf Grund seiner Fälle als ausserordentlich *ungünstig*. Nur in denjenigen Fällen, in denen die gründliche Entfernung aller Geschwulsttheile sicher durchzuführen ist, hält er einen *wundärztlichen Eingriff* für angebracht, in den übrigen aber für schädlich. Radestock (Blasewitz).

541. **Ueber die Veränderungen der Blutgefässe bei der Syphilis**; von S. Abramow in Moskau. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 202. 1899.)

Die Beobachtungen A.'s, die er an Gefässen machte, deren Erkrankung lediglich auf Syphilis beruhte, ergaben: 1) Bei der Syphilis erkranken *alle* 3 Gefässhäute selbständig und unabhängig von einander. 2) Sowohl die äussere, wie auch die innere Haut kann bei ihrer Wucherung an einer beschränkten Stelle die Gefässwand zerstören und dadurch Gefässausbuchtungen herbeiführen. 3) Nach Ablauf einer von der Innenhaut ausgehenden Wucherung tritt in der Neubildung eine dichte *Anhäufung von elastischem Gewebe* auf, die durch Spaltung der gefensterten Haut entsteht. 4) Syphilis führt *nicht* zu Veränderungen an den *Gefässknäueln* der Nieren, nur fieberhafte Krankheiten bewirken solche. 5) Der mikroskopische Befund allein genügt nicht zum Beweise für die syphilitische Natur von Gefässerkrankungen, sondern hierzu ist auch das Vorhandensein von *Gummiknoten* in der Gefässwand erforderlich. Radestock (Blasewitz).

542. **De l'influence de la syphilis postconceptionelle sur le placenta et le foetus**; par Fabre et Patel. (Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 614. 1899.)

In den von F. und P. beschriebenen Fällen erkrankte durch die während der Schwangerschaft erworbene Syphilis der Mutter nicht nur der mütterliche, sondern *auch der kindliche Theil des Mutterkuchens sammt Eihäuten.*

Der Umfang dieser Erkrankung war (unabhängig vom Zeitpunkte der Erkrankung) um so stärker, je stärker die Ansteckung war.

F. und P. unterwarfen demzufolge auch die Neugeborenen einer gründlichen Quecksilberbehandlung. Radestock (Blasewitz).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

543. **Ueber das Verhalten des Benzoyl- und des Calciumsuperoxyds im Verdauungskanale des Menschen und des Hundes**; von M. Nencki und J. Zaleski. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 487. 1899.)

In der Absicht, die Einwirkung des Sauerstoffes auf Darmgährungen zu untersuchen, wurde das Verhalten des Benzoylsuperoxyds studirt. Es spaltet thatsächlich Sauerstoff ab, da nach seiner Eingabe (bei Hunden) Hippursäure im Harne er-

schien und bei seiner Einwirkung auf ein Gemisch von Galle und Pankreassaft sich im Reaktionprodukt Benzoësäure nachweisen liess. Die Menge des im Darmkanale frei werdenden Sauerstoffes war indessen zu gering, um einen Einfluss erkennen zu lassen.

Calciumsuperoxyd entwickelte mit Magensaft, Pankreassaft und Galle freien Sauerstoff. Durch Hunden eingegebenes Calciumsuperoxyd konnte die Menge der Fäulnissprodukte des Darmkanals vermindert werden. V. Lehmann (Berlin).

544. **Experimentelle Untersuchungen über Desinfektion im Gewebe thierischer Organe**; von Dr. M. Blumberg. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXVII. 2. p. 201. 1898.)

„Die mit den bisher üblichen Desinfektionmethoden erhaltenen Resultate lassen sich auf die praktischen Verhältnisse nicht direkt übertragen, sobald es sich um ein Desinficiens handelt, das seine Wirkung im Gewebe entfalten soll, da die chemische Umsetzung, die das Medikament im Organismus erleidet, sowie die Tiefenwirkung zu wenig berücksichtigt werden. Zur Beseitigung dieser Fehlerquellen ist es empfehlenswerth, die Desinfektionprüfung an Organstückchen, die von Mikroorganismen reichlich durchsetzt sind, vorzunehmen, weil hierbei die chemische Umsetzung im Gewebe und die Tiefenwirkung des Medikaments nicht vernachlässigt wird (Milz von weissen Mäusen, die mit Milzbrand oder Tetragenus geimpft wurden). Bei dieser Versuchsanordnung zeigt sich, dass die *Silbersalze* im Gewebe dem Sublimat sehr überlegen sind, da dieses im Gewebe durch chemische Umsetzung ganz erheblich an Desinfektionkraft verliert. Bei Zusatz von *Kochsalz* zu Sublimat, sowie bei *Hydrargyrum oxycyanatum* ist dies viel weniger der Fall. Unter den *Silbersalzen* haben sich bei der Versuchsanordnung mit bakterienhaltigen Gewebestücken *Argentamin*, *Actol* und *Itrol* als die besten erwiesen; sie zeigten sich dem *Argentum nitricum* und *Argonin* überlegen. Die *Phenole* (Carbol und die Kresole) behielten im organischen Gewebe eine sehr hohe Desinfektionkraft bei." M. Ficker (Leipzig).

545. **De l'action des antiseptiques sur le Bac. pestis hominis et de la désinfection d'effets et de locaux contaminés par la peste boboniqe**; par Mme. N. Schultz. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VI. 5. p. 397. 1899.)

Von den Resultaten sei hervorgehoben, dass die in Bouillonculturen befindlichen Pestbacillen in 2 Min. abgetödtet wurden von einer Sublimatlösung 1:1000, von Carbolsäure 1:50, von Formalin 1:50, von Sublimat + 5‰ HCl genügte die Verdünnung 1:20000. Die Sublimatwirkung erwies sich aber auch hier als abhängig von dem Medium, in dem die Pestbacillen sich befanden. Unter natürlichen Verhältnissen wird der Pestbacillus immer dem direkten Contakt mit Sublimat entzogen sein, so in Eiter, Auswurf, ein Umstand, der die praktische Verwendung des sonst so stark wirkenden Desinfektionmittels auch hier in Frage stellt. Während das Formalin in Lösung nur eine relativ schwache Wirkung bei kurzer Einwirkung auf den Pestbacillus zeigt, ist es in Gasform sehr werthvoll. Für die Desinfektion von Möbeln, Kleidungstoffen, Pelzsachen u. s. w. giebt es den Erfahrungen der Verfasserin nach kein besseres Mittel. M. Ficker (Leipzig).

546. **The physiological action of the alcaloids derived from Anhalonium Lewinii**; by Walter E. Dixon. (Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 69. 1899.)

Untersuchung der vier von Heffter aus der Stammpflanze isolirten Alkaloide auf ihre physiologische Wirkung.

Am isolirten Froschherzen macht Anhalonin Verlangsamung der Frequenz und schliesslich Herabsetzung der Hubhöhen bis zum Stillstande in Diastole. Am Herzen, das mit Mezcalin vergiftet ist, macht nachfolgende Atropinvergiftung keine Beschleunigung des Rhythmus mehr; ist das Herz durch Nicotin entnervt, so verursacht Mezcalin die gewöhnliche Pulsverlangsamung. Die Verlangsamung ist also auf die funktionelle Störung der Herzmuskulatur zurückzuführen.

Steigerung der Reflexerregbarkeit bei herabgesetzter Hautsensibilität. Die schon an der Katze bemerkbaren psychischen Störungen sind noch deutlicher am Menschen: Störungen in den peripherischen Sinnesorganen, besonders Augen und Ohren, Gesichts- und Gehörshallucinationen, bei Allem herrscht aber ein Zustand grosser Euphorie und Schlaflosigkeit, wodurch sich die Mezcalinwirkung von der narkotischen der Cannabis indica unterscheidet. Die Alkaloide werden zum Theil im Harne unverändert ausgeschieden und haben eine diuretische Wirkung. In den Wirkungen der einzelnen Alkaloide bestehen nur quantitative Unterschiede. W. Straub (Leipzig).

547. **Acokanthera Schimperi: its natural history, chemistry and pharmakology**; by Th. R. Fraser and J. Tillie. (Arch. internat. de Pharmakodynamie V. p. 349. 1899.)

F. u. T. isolirten aus Acokanthera Schimperi, einem in den Aequatorialgegenden Afrikas, heimischen Baume, eine krystallinische Substanz, die sie Acokantherin nennen. Die gleiche Substanz fanden sie in dem Rohgift. Das reine Acokantherin ist stickstofffrei.

Tödtliche Dosis für Frösche 0.00000049 g pro Gramm Frosch, für Kaninchen 0.00028 g pro Kilogramm Kaninchen, das Acokantherin ist also giftiger für Kaninchen. Bei Fröschen systolischer Herzstillstand; die Muskeln sind entweder direkt und indirekt unerregbar oder verlieren ihre Erregbarkeit

sehr bald. Auf das Blutgefässsystem ist Acokantherin ohne Wirkung. Durchspülung eines Frosches mit Acokantherinlösung giebt in gleichen Zeiten die gleichen Werthe wie Durchspülen mit 0.6proc. Kochsalzlösung, Digitalis-Durchspülung macht an demselben Frosche die typische Wirkung. Keine wesentliche Wirkung auf den Blutdruck. W. Straub (Leipzig).

548. **Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Gifte auf das isolirte Säugethierherz**; von Dr. Joh. Bock. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 158. 1898.)

B. suchte am isolirten Säugethierherzen bei dem Studium der einzelnen Giftwirkungen vor Allem die Forderung zu erfüllen, dass das Herz gegen einen unveränderten Widerstand arbeitete. Die bereits öfter vorgenommene Isolirung führte B. derart aus, dass das Blut nur durch das Herz und die Lungen cirkulirte. Aus der linken Herzkammer wurde die ganze cirkulirende Blutmenge durch die eine Art. carotis in die Vena jugularis geleitet unter Zwischenschaltung eines den Capillarwiderstand ersetzenden, regulirbaren, aber während des ganzen Versuches constant bleibenden Widerstandes. Aus der Vena jugularis passirte das Blut durch das rechte Herz und durch die künstlich ventilirten Lungen wieder in die linke Herzkammer. Es wurden ausschliesslich mit Urethan narkotisirte Kaninchen benutzt. Die Veränderungen des Blutdruckes wurden an einem mit der zweiten Carotis verbundenen Quecksilbermanometer gemessen; die Elasticität des sehr reducirten Gefässsystems wurde durch einen nachgiebigen elastischen Kautschukschlauch ersetzt.

B. bestimmte so den Blutdruck, der durch die Arbeit des linken Herzens im arteriellen System erzeugt wird, und diejenigen Abänderungen, die dieser Druck durch verschiedene Beeinflussungen des Herzens erleidet. Für die Eindeutigkeit ist der Umstand besonders wichtig, dass nach B.'s und anderer Autoren Versuchen die auf den grossen Kreislauf wirkenden gefässdilatirenden Gifte eben so wenig wie das gefässcontrahirende Helleboreïn im kleinen Kreislauf vasomotorische Veränderungen hervorrufen.

Einige der zu prüfenden Gifte liess B. in Dampfform von der Lunge aus resorbirt werden, die nicht flüchtigen wurden mittels einer Spritze direkt in das cirkulirende Blut eingespritzt. Die durch die Lunge beigebrachten *Chloroformdämpfe* riefen stets ein bedeutendes Sinken des Blutdruckes hervor, das fast unmittelbar nach Beginn der Inhalation eintritt, immer mehr zunimmt, je weiter die Vergiftung fortschreitet und während der ersten Zeit nach dem Aufhören der Chloroformeinathmung noch mehr zunimmt; eine Verminderung der Pulsfrequenz begleitet regelmässig das Sinken des Blutdruckes.

Aethylbromid wirkte weniger stark auf den Blutdruck als Chloroform, auch verminderte sich die Pulsfrequenz nicht, selbst wenn der Druck recht bedeutend sank.

Das mit dem vorigen schon verwechselte *Aethylenbromid* rief seine gefürchteten Giftwirkungen nicht durch direkte Wirkung auf das Herz hervor.

Das *Methyljodid* erzeugte Sinken des Blutdruckes, das anscheinend nicht völlig so stark war, wie nach Einwirkung von Aethylbromid auf das nämliche Herz.

Grosse Aehnlichkeit mit dem Chloroform zeigte das *Chloralhydrat*.

Aether erzeugte trotz bedeutender eingeathmeter Mengen und lange fortgesetzter Inhalation kein oder doch nur geringes Sinken des Blutdruckes, und auch in letzterem Falle stieg der Druck nach dem Aufhören der Inhalation sehr schnell wieder bis zu seiner ursprünglichen Höhe an.

Pental beeinflusste den Blutdruck nur in geringem Maasse; das nachgewiesene starke Sinken des Blutdruckes nach Pentalinhalation hängt nach B. nicht von einer direkten Wirkung auf das Herz ab, sondern ist auf eine Gefässerweiterung zurückzuführen, wie sie ganz allgemein von den Stoffen der Amylreihe verursacht wird.

Vom *Alkohol* waren selbst ziemlich bedeutende Mengen (20 und 25 cg) in der geringen cirkulirenden Blutmenge vertheilt, auf die Arbeit des Herzens ohne besonderen Einfluss.

Amylnitrit-Inhalation änderte weder den Blutdruck, noch die Pulsfrequenz, noch die Höhe der Pulswelle.

Helleboreïn, als Vertreter der Digitalisgruppe, rief in Uebereinstimmung mit den bekannten Thatsachen auch am Säugethierherzen eine von vasomotorischen Veränderungen unabhängige Vermehrung des Druckes im arteriellen System hervor durch Zunahme der aus dem linken Herzen ausgetriebenen Blutmenge, dabei war die absolute Kraft des Herzmuskels eben so wenig wie beim Froschherz durch Helleboreïn erhöht.

H. Dreser (Elberfeld).

549. **L'urea come diuretico**; nota del Dott. Vincenzo Greco. (Rif. med. XIII. 227. p. 15. 1897.)

G. hat in der medicinischen Klinik von Prof. Rummo in Palermo Versuche über die diuretische Wirksamkeit des Harnstoffs sowohl bei Gesunden, als bei Kranken mit Lebercirrhose angestellt. Bei den Gesunden wurde *keine* Erhöhung der 24stündigen Harnmenge beobachtet. Nur bei einem Kranken mit Lebercirrhose stieg die Harnmenge erheblich unter Abnahme des specifischen Gewichtes; aber diese Wirkung hielt nur kurze Zeit an; trotz fortgesetzter Harnstoffeingabe nahm die Harnmenge wieder ab und das specifische Gewicht des Harns wieder zu. Auch nahm in diesem Falle mit

vorübergehend vermehrter Harnausscheidung die Ascitesflüssigkeit keineswegs ab, sondern vermehrte sich sogar noch. Die harntreibende Wirkung des Harnstoffs ist daher *in*constant, weshalb, war nicht ersichtlich.

In allen Fällen wurde der Harnstoff trotz der hohen Gabe von 20 g pro die ohne Störung der Verdauung und auch ohne urämische Erscheinungen vertragen. H. Dreser (Elberfeld).

550. **Azione biologica del cloridrato dell' aceto-fenon-par-amido-fenol-etere**; pel Dott. F. Badano. (Arch. ital. di Clin. med. XXXVI. 4. p. 632. 1897.)

Das von Dr. G. Vignolo durch Einwirkung von CO-Bromacetophenon auf Paracetamidophenol dargestellte salzsaure Salz des Acetophenonparamidophenoläthers besitzt folgende Constitution:

$$C_6H_4 < \begin{matrix} O-CH_2-CO-C_6H_5 \\ NH_2-HCl \end{matrix}$$

Seine pharmakologischen Wirkungen bestanden beim Meerschweinchen in sehr ausgesprochener Herabsetzung der Körpertemperatur. Nach einer kurz vorübergehenden Erregung und Schreckhaftigkeit folgt eine leichte Betäubung mit leichter Parese des Tractus posterior. Bei stärkeren Dosen fallen die Thiere auf die Seite, auch treten krampfartige Steifheit der Rückenmuskeln und dyspnoisches Athmen auf; die Blutgefässe der Ohren und der Schleimhäute sind erblasst, während der Herzschlag eher verstärkt und regelmässig erscheint.

Bei direkter Injektion von mehr als 0.15 pro Kilogramm in die Venen von Kaninchen erfolgt sofortiger Athemstillstand, während das Herz noch einige Zeit weiter schlägt.

Als Ursache der Herabsetzung der Körpertemperatur bezeichnet B. eine Verminderung der Wärmeproduktion, während die Wärmeabgabe, wie das Aussehen der oberflächlichen Gefässe vermuthen lässt, eher vermindert sein wird.

Die Herzthätigkeit wird erst von sehr grossen Dosen nachtheilig beeinflusst, erst bei diesen sinkt auch der Blutdruck lediglich in Folge geschwächter Herzthätigkeit.

Auf das Blut wirkt die Substanz erst in grösseren Mengen sowohl ausserhalb, wie innerhalb des Körpers methämoglobinbildend ein. Am lebenden Thier ist der Methämoglobingehalt des Blutes an der verschieden starken Cyanose zu erkennen.

Bei Hunden bewirkt die Substanz ausser Speichelfluss auch Erbrechen, seltener Diarrhöe.

Die Schmerzempfindlichkeit war nicht sehr herabgesetzt. Der Harn enthielt weder Eiweiss, noch Gallenfarbstoff; manchmal eine Kupferoxyd reducirende Substanz, die indessen kein Zucker war. Die Stickstoffausscheidung durch den Urin war nur etwas vermehrt, wenn das Blut erheblich Methämoglobin enthielt.

H. Dreser (Elberfeld).

551. **Ueber das Dijodacetylen**; von Dr. E. Mebert. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 114. 1898.)

Das zu den Versuchen benutzte C_2J_2 war durch allmähliches Eintragen von Calciumcarbid zu Jod-Jodkaliumlösung gewonnen worden. Das Dijodacetylen krystallisirt in spröden, kleinen, in Wasser unlöslichen Krystallnadeln. Seine 10proc. Lösung in Süssmandelöl wurde zum pharmakologischen Versuche bereitet. In Dosen von 0.2—0.3 g im Verlaufe zweier Tage subcutan injicirt, ist das Dijodacetylen für Kaninchen von 1500—2000 g Körpergewicht ein tödtliches Gift. In Substanz in den Magen gebracht, wirkt es örtlich reizend. Subcutan injicirt, erzeugt es bei Kaninchen Oedeme an von den Injektionstellen entfernten Gegenden. Beim Anschneiden der ödematösen Haut strömt der Geruch nach Dijodacetylen aus. Unter die Haut gespritzt, verhinderte das Mittel bei einem Hunde und einem Kaninchen das Auftreten weitgehender Abscesse an den Injektionstellen nicht. Aus den Sektionergebnissen liess sich eine zur Erklärung des Todes ausreichende Ursache meist nicht feststellen. Ein Theil des Dijodacetylens wird zweifellos im Thierkörper unter Abspaltung von Jod zersetzt, ein anderer Theil geht unzersetzt in den Harn über.

Auf gleichen Jodgehalt berechnet, ist das Dijodacetylen schon in Dosen giftig, bez. tödtlich, die, als Jodoform gegeben, innerhalb derselben Zeit noch keine besondere Wirkung hervorrufen.

Trotz seiner hervorragend fäulnisswidrigen Eigenschaften erscheint das Dijodacetylen von einer praktischen Anwendung ausgeschlossen, sowohl wegen seines penetranten Geruches, als auch wegen seiner aus den Thierversuchen sich ergebenden Giftigkeit. H. Dreser (Elberfeld).

552. **Ueber Synthesenhemmung durch Diamine**; von Julius Pohl. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 97. 1898.)

Die Diamine (Aethylendiamin, Trimethylendiamin und Tetramethylendiamin) sind nicht ungiftig. Abgesehen von den unmittelbaren Wirkungen war eine am 3. bis 4. Tage nach der subcutanen Injektion häufig tödtlich endende starke Albuminurie mit dem Sektionbefunde von parenchymatöser Nephritis bemerkenswerth.

P. hatte Diamine gleichzeitig mit Benzoësäure verfüttert in der Erwartung, es werde eine Zunahme der gepaarten Benzoësäure im Harne nachweisbar sein. Aber das Gegentheil trat ein; nach Aethylendiaminfütterung ging die Hippursäureausscheidung *unter* den physiologischen Mittelwerth herab, und zwar nicht durch nachträgliche Spaltung bereits gebildeter Hippursäure, sondern durch eine direkte Hemmung des synthetischen Processes.

Von anderen Synthesen des Thierkörpers prüfte P. die Bildung der Phenolätherschwefelsäure und der Phenylglykuronsäure, beide Processe blieben

nach Aethylendiamin quantitativ unverändert. Dagegen sank die Menge ausgeschiedener Urochloralsäure unter dem Einflusse des Diamins rund um 40%, wofür nach Controlversuchen mit Aloin und anderen Nierengiften aber der pathologische Zustand der Nieren nach Diamin-Injektion keineswegs verantwortlich zu machen ist. Analog der Chloralsynthese verhielt sich auch die Glykuronsäurepaarung des tertiären Amylalkohols und noch mehr des Euxanthons, von denen die Synthese des letzteren am stärksten gehemmt wurde.

Das zum Vergleiche herangezogene Chinin schränkte nur die Hippursäuresynthese in geringem Umfange ein, liess die anderen Synthesen im Ganzen intakt.

Auch auf das Verhalten des Cysticins im Körper war die gleichzeitige Diamin-Injektion ohne Einfluss. H. Dreser (Elberfeld).

553. **Zur Toxikologie der organischen Phosphorverbindungen**; von Dr. W. Lindemann. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 191. 1898.)

Von Selmi rührt die Angabe her, dass der Phosphor sich im Körper mit den Zerfallsprodukten des Protoplasma zu theils flüchtigen, theils nicht flüchtigen Basen verbinde. Für die Aufstellung einer Theorie der Phosphorwirkung hat L. eine phosphorhaltige Base, das Tetraäthylphosphoniumjodid, studirt. Es wurde aus Phosphoniumjodid und Aethylalkohol durch 6—8stünd. Erhitzen im zugeschmolzenen Rohre dargestellt. Die Substanz ist verhältnissmässig weniger giftig als die entsprechenden Ammoniumbasen, 0.005 erwies sich für Frösche als tödtlich. Die Vergiftungserscheinungen bei Hunden sind denen des Phosphors nicht einmal besonders ähnlich.

L. constatirte verschiedene von einander unabhängige Giftwirkungen. Bei Fröschen hat das Tetraäthylphosphoniumjodid ausgesprochene Curarewirkung, bei Säugethieren dagegen nicht; bei letzteren macht sich die centrale Lähmung viel mehr als bei den Fröschen bemerkbar. Betäubung und bei grösseren Dosen Verlust des Bewusstseins zeigen sich bei den Säugethieren stets. Die centrallähmende Wirkung bei Fröschen wies L. durch die Zunahme der Reflexzeit bis zum vollständigen Verschwinden des Reflexes auf chemische Reizung durch Säure nach. Die Herzwirkung bestand bei Fröschen besonders in einer Lähmung des Herzmuskels; bei Säugethieren riefen toxische Dosen auch Lähmung des Gefässnervencentrum hervor.

Die anatomischen Veränderungen nach chronischer Vergiftung bestanden in einer hydropischen albuminösen Degeneration des Protoplasma der Leber- und Nierenzellen.

Das Verhalten des Tetraäthylphosphoniumjodids im Körper ist folgendes: Ein Theil der Phosphoniumbase erscheint unverändert im Harne, ein anderer kleiner Theil als Verbindung, die mit Baryt einen unlöslichen Niederschlag giebt, und ferner eine flüchtige Base; die letzteren beiden Umwandlungsprodukte traten aber in zu geringen Mengen auf, als dass sie hätten identificirt werden können.

Die charakteristischen Veränderungen, wie sie für Phosphorvergiftung bekannt sind (starke Albumosurie, Tyrosin und Milchsäure) konnte L. am Harn nicht nachweisen. Die einzige pathologische Veränderung bestand in einer ziemlich starken Hämoglobinurie und einer vielleicht durch Urobilin bedingten dunklen Farbe.

Die charakteristische Stoffwechselgiftwirkung scheint nur dem gewöhnlichen Phosphor eigen zu sein. H. Dreser (Elberfeld).

554. **Action de l'arséniate de soude et de l'arsénite de potasse sur le chimisme respiratoire**; par Albert Robin et Maurice Binet. (Bull. de Thér. LXXXVIII. 11. p. 401. Sept. 1899.)

R. u. B. geben analytische Belege zu „Respirationversuchen" an Phthisikern leichtern Grades vor und ca. 1 Monat nach der Behandlung mit täglichen Arsengaben [Angaben über die jeweilige Dauer eines Versuches fehlen, aus den geringen Kohlensäuremengen kann man auf nur kurze Versuchsdauer schliessen. Ref.]. Da in den fünf angestellten Versuchen die Mengen von Kohlensäure und Sauerstoff nach der einmonatigen Arsenbehandlung geringer sind als vor der Behandlung, glauben R. u. B., dass die tägliche Gabe von 0.004 Arsen „immerhin einen Einfluss auf den Gasaustausch hat". In zwei anderen Fällen hat eine kleine Arsendosis (0.005) eine Verminderung, eine grössere (0.01 eine Steigerung des Gaswechsels herbeigeführt. W. Straub (Leipzig).

555. **Die Oxydation der arsenigen Säure im Organismus**; von C. Binz und C. Laar. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 179. 1898.)

Die Frage, ob die arsenige Säure beim Durchgange durch den Körper Oxydation erleide, war noch nicht entschieden. Es gelangte nur solcher Harn zur Verarbeitung auf beide Oxydationstufen des Arsens, der nach Einspritzung hoher Gaben unter die Haut abgeschieden war. (Ein Kranker mit Mycosis fungoides und ein Kranker mit Neurasthenie erhielten bis 20—30 mg As_2O_3 täglich.)

Der Harn wurde zunächst mit ammoniakalischer Magnesiamischung gefällt, der nicht ausgewaschene Niederschlag, der beide Oxydationstufen des Arsens enthielt, wurde mit wenig Salzsäure aufgenommen und dialysirt. Aus dem Dialysat wurde zuerst unter Eiskühlung die arsenige Säure als Arsentrisulfid und dann auf dem Wasserbade bei 70° C. die Arsensäure als Pentasulfid gefällt.

Es ergab sich, dass die in den menschlichen Körper eingeführte arsenige Säure im Harne jeden-

falls zum grossen Theile als Arsensäure wiedererscheint; neben Arsensäure wird mit dem Harne arsenige Säure nur in äusserst geringfügiger Menge abgeschieden.

B. u. L. erklären dies auf Grund der Beobachtung von Schönbein, dass dem menschlichen Harne an sich eine oxydirende Kraft zukommt.

H. Dreser (Elberfeld).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

556. **Hereditäre halbseitige Kinderlähmung**; von Dr. S. Placzek. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 30. 1898.)

In der Berliner medicinischen Gesellschaft stellte Pl. 2 Kranke, Vater und Sohn, vor, beide belastet mit infantiler Hemiplegie.

Der 30jähr. Vater erkrankte nach Scharlach im 4. Lebensjahre an einer Lähmung der linken Körperhälfte, die sich zum Theil wieder besserte; jedoch blieb eine spastische Parese der Gesichtshälfte, des Armes, sowie besonders Spitzfussstellung des linken Beines dauernd nachweisbar. Bis zum 14. Jahre traten zeitweise Krämpfe auf. Das 2jähr. Kind des Pat. erkrankte unter Fieber und Convulsionen, sowie Benommenheit. Hinterher war die rechte Körperhälfte gelähmt; diese Lähmung war auch im Gesicht deutlich. Die Sprache war sehr mangelhaft; die Lähmung von Arm und Bein war eine spastische.

Bei der verhältnissmässigen Seltenheit des Leidens ist Pl. geneigt, doch einen hereditären Zusammenhang anzunehmen, besonders da manche Autoren alle vor dem 2. Lebensjahre entstandenen Kinderlähmungen für hereditär ansehen.

E. Hüfler (Chemnitz).

557. **Ueber Brachialgie und Brachialneuralgie**; von Hermann Oppenheim. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 26. 1898.)

Die Brachialneuralgie ist ein klinisch noch recht wenig scharf umgrenztes Leiden; so häufig sich Armschmerzen als Symptom einer organischen oder funktionellen Erkrankung des Centralnervensystems oder als Zeichen einer Nervenentzündung finden, die reine Brachialneuralgie scheint doch recht selten zu sein.

O. notirte in den letzten Jahren alle Kranken, die über heftige Schmerzen in einem Arme klagten, ohne dass Rheumatismus, Myositis, Sehnenscheidenentzündung, Knochen- oder Gelenkerkrankung nachweisbar war, auch ohne die traumatische peripherische Armlähmung zu berücksichtigen. Dann blieben noch 189 Fälle übrig. Davon liess sich in 19 Fällen eine Wirbel- oder Rückenmarksaffektion nachweisen, Caries, Tumor, Gliose, Tabes. Immer aber handelte es sich um einseitige Störungen. 30mal fand sich Neuritis mit Lähmung und Anästhesie, meist infektiösen oder toxischen Ursprungs, zum Theil auch bedingt durch Compression. Dann fanden sich 12 Fälle, in denen die Diagnose nicht sicher gestellt werden konnte und zwischen Neuritis, Neuralgie, Myalgie schwankte. In weiteren 22 Fällen fanden sich Neuralgien in Folge von Diabetes, Gicht, Alkoholismus, akuten Infektionkrankheiten; 6mal war ein Herzleiden nachweisbar. Schmerzgefühle bei Beschäftigungsneurosen fanden sich in 14 Fällen.

Die Hauptgruppe umfasste 96 Personen, die sämmtlich über Schmerzen in einem Arme klagten. Die Lokalisation war meist unbestimmt. Druckpunkte waren sehr wechselnd nachweisbar, jedenfalls nicht blos auf den einzelnen Nervenstamm beschränkt. In allen diesen Fällen handelte es sich um Schmerzen, die im Verlaufe der Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, Melancholie oder doch auf neuropathischem Boden sich entwickeln. Es ist mehr eine Psychalgie, um die es sich hier handelt. Stets waren Symptome des erwähnten Allgemeinleidens nachweisbar. Schlaflosigkeit und Gemüthsbewegungen spielten deshalb auch in der Aetiologie eine grosse Rolle; ebenso Ueberanstrengung des Armes, oft objektiv sehr geringfügiger Art: Halten einer Zeitung, Tragen eines Schirmes, Aufraffen eines Kleides. Ebenfalls für die Richtigkeit dieser Auffassung spricht der Erfolg der Behandlung, der im Allgemeinen durch Suggestionwirkung sich erklärt; die verschiedensten Mittel halfen: Röntgendurchleuchtung, Eisblase, heisse Bäder, elektrische Bäder u. s. w.

Jedenfalls ist die echte Brachialneuralgie sehr selten, während die Brachialgie ein verhältnissmässig häufiges Leiden ist.

E. Hüfler (Chemnitz).

558. **Paralysies du membre supérieur à la suite des luxations de l'épaule**; par S. Duplay. (Semaine méd. XVIII. 19; Avril 6. 1898.)

D. hat in seiner Klinik im Hôtel Dieu 2 Fälle von Lähmung des Armes nach Luxation der Schulter beobachtet. Beide Male handelte es sich um eine ungleiche Lähmung der verschiedenen Zweige des Plexus brachialis. Auf Grund seiner Beobachtungen behauptet D., dass es sich wohl in den meisten derartigen Fällen um eine *Wurzellähmung* handele, bei deren Pathogenese weniger die *Luxation* als die *Contusion* der Schulter und des Weiteren die individuelle, bez. hereditäre Disposition in Betracht käme. Die *Prognose* ist, wie bei Wurzellähmung im Allgemeinen, unbestimmt. D. empfiehlt deswegen bei Schulterluxationen, vor jeder Reposition erst festzustellen, ob nicht bereits eine Lähmung vorhanden sei, damit man nicht in Verdacht komme, diese durch die Manipulationen erst hervorgerufen zu haben. Die einzige aussichtreiche *Behandlung* ist nach D. die *Elektrisation;* auch diese muss sehr lange fortgesetzt werden. [Der Ref. behandelt zufälligerweise seit einigen Monaten einen 76jähr. Gärtner an Lähmung nach Schulterluxation und kann die Ansichten D.'s in jeder Beziehung bestätigen.]

Kothe (Friedrichroda).

559. **A case of erythromelalgia, with microscopical examination of the tissue from an amputated toe**; by S. Weir Mitchell and William G. Spiller. (Amer. Journ. of the med. Sc. CXVII. 1. p. 1. Jan. 1899.)

Ein 61jähr. Mann erkrankte vor 1—2 Jahren mit heftigen Schmerzen und starker Röthung im rechten Fuss, der besonders beim Hängenlassen und Gehen sehr empfindlich war an Sohle und Zehen. Der Schmerz war zuerst am heftigsten an der 5. und 4. Zehe (auch trat an letzterer ein langsam heilendes Geschwür auf), dann ging er über auf die 3. und 2. und schliesslich auf die 1. Zehe, wo er hartnäckig sitzen blieb. Kälte verminderte, Hitze verstärkte den Schmerz.

Die Untersuchung ergab eine leicht geröthete, nicht geschwollene grosse Zehe, die auf Druck nicht, aber bei Gebrauch des Fusses sehr schmerzhaft war. Die Nervenstämme waren nicht empfindlich; der Fuss war nicht verschmächtigt, eher etwas stärker als auf der gesunden Seite, beim Zehennagel der grossen Zehe ein kleines Geschwür. Der Patellareflex war rechts, die Achillesreflexe waren beiderseits gesteigert, die Sensibilität intakt. Störungen, die auf eine Erkrankung der untersten Rückenmarksabschnitte hindeuten, fehlten. Ausserdem fand man Herzgeräusche und einen Arcus senilis. Aus dem Fehlen des Pulses unter der Schamleiste rechts liess sich auf Erkrankung der Gefässe schliessen, und zwar in weiterer Ausdehnung als die Fusserkrankung reichte.

Es wurde die grosse Zehe und der halbe Metatarsus amputirt, wobei die durchschnittenen Arterien sich nicht retrahirten, sondern frei hervorsprangen. Die Wunde heilte sehr langsam unter Schorfbildung. Danach bestand noch Schmerz im Fussballen und etwas Schmerz und Röthung in den Zehen. Die mikroskopische Untersuchung ergab an der amputirten Zehe intensive Degeneration der Nerven, fast vollständigen Schwund der Nervenfasern und an den wenigen noch nachweisbaren Segmentation des Myelins, ferner Verdickung des Bindegewebes. An den Gefässen war die Media gewuchert, die Intima zeigte Proliferation; die kleinsten Gefässe waren fast obliterirt; hyaline Degeneration der gefensterten Membran. Auch die Venenwände waren verdickt. Die Zehenknochen waren vergrössert, wie das auch sonst schon im akuten Stadium beobachtet worden ist.

M. und Sp. geben einen Ueberblick über die einschlägigen Fälle mit Obduktion und die Ansichten der verschiedenen Autoren über nosologische Stellung und Wesen der Erythromelalgie. In ihrem Falle konnten M. u. Sp. nicht sagen, ob erst Arteriosklerose oder erst Neuritis in der Zehe bestanden hat; ersteres Verhalten wäre leichter erklärlich, aber auch letzteres ist behauptet worden. Von seiner früheren Annahme eines spinalen Ursprungs des Leidens ist W. Mitchell schon länger zurückgekommen. M. und Sp. machen noch auf das Verhalten des Patellareflexes aufmerksam, der trotz der Neuritis rechts gesteigert war, vielleicht reflektorisch durch den Schmerz. Den Sitz der Neuritis verlegen sie mit Wahrscheinlichkeit in die Nervenendigungen. Schliesslich weisen sie hin auf das Erhaltensein der Sensibilität in der grossen Zehe trotz der gefundenen ausgedehnten Nervendegenerationen.

A. Boettiger (Hamburg).

560. **Beitrag zur Lehre vom Zittern**; von Dr. Levy-Dorn in Berlin. (Virchow's Arch. CLV. 3. p. 591. 1899.)

Um zu prüfen, ob die Hirnrinde so schnell hintereinanderfolgende Reize auszusenden vermag, wie man sie beim Tetanus oder Tremor beobachtet, und um damit die Vermuthung zu stützen, dass wenigstens einige Tremorarten in der Rinde ihren Sitz und Ursprung haben könnten, beschritt L.-D. folgenden Weg. Er untersuchte kymographisch, wie oft und wie schnell hintereinander Willkürbewegungen, die ja sicherlich ihren Ursprung in der Hirnrinde haben, wiederholt werden konnten und verglich mit den erhaltenen Zahlen für die Sekunde diejenigen Zahlen, die Tetanus und Tremor für dieselbe Zeit bezüglich ihrer rhythmischen Schwankungen ergeben. Er untersuchte Gesunde und den Tremor bei Paralysis agitans, multipler Sklerose, Neurasthenie, Basedow'scher Krankheit, traumatischer Neurose und Anilin-Intoxikation und gelangte zu folgenden Ergebnissen:

Die Hirnganglien sind fähig, in der Zeiteinheit eben so viele Impulse auszusenden, wie die untergeordneten Centren.

Auch wenn wir die Ursache des Zitter-Rhythmus in die Hirnrinde verlegen, können wir uns auf ein physiologisches Analogon stützen.

Bei Zitternden entspricht die Anzahl der in der Zeiteinheit möglichen Willkürbewegungen im Allgemeinen dem Zitter-Rhythmus. Wo das Zittern wider Erwarten fehlt, kann es, wenigstens in einer Reihe von Fällen, in seiner diagnostischen Bedeutung, soweit seine Frequenz in Frage kommt, durch Prüfung der Willkürbewegung ersetzt werden.

A. Boettiger (Hamburg).

561. **Névrite ascendante et hystérie**; par Raymond Bernard. (Lyon méd. XC. p. 217. Févr. 1899.)

B. theilt die unter der Bezeichnung einer ascendirenden Neuritis bekannten Krankheitfälle in 3 Untergruppen, die unter sich von ganz verschiedenem Werth und Bedeutung sind. Bei der 1. Kategorie schreitet die Infektion selbst nach dem Rückenmarke zu, bei der 2. die Läsion und bei der 3. endlich die Symptome. Die 3. Gruppe gehört der Hysterie an. B. theilt einen Fall mit, der eine Vereinigung von Hysterie und traumatischer Neuritis sein könnte.

Der Kr., ein Soldat, erlitt eine Verbrennung des linken Fusses; sofort trat Lähmung und Contraktur des ganzen linken Beines ein, bis hinauf zur Weiche und zum Darmbeinkamm. Die Contraktur löste sich allmählich und eine schlaffe Lähmung blieb zurück. Die Untersuchung ergab eine totale Anästhesie und Analgesie des ganzen linken Beines, von der der Pat., vor der Untersuchung darauf, nichts geahnt hatte. Das Bein war dünner als das rechte, die Nervenstämme waren nicht druckempfindlich, nur der Ischiadicus hinter dem Trochanter major bei Dehnung empfindlich. Von Bewegungen war nur etwas Beugung im Hüftgelenke möglich; zu Bewegungen im Kniegelenke aufgefordert, brachte Pat. nur Contraktionen im Quadriceps zu Stande, aber ohne Bewegung. Auch sonst wurden nur unzweckmässige motorische Versuche beobachtet. Die faradische Erregbarkeit war vermindert, auf Entartungsreaktion wurde nicht geprüft. Die Reflexe, besonders die Sehnenreflexe und Sohlenreflexe,

waren beiderseits gleich stark. Es traten in den zugehörigen Muskelgruppen die entsprechenden Zuckungen auf. Sphinkteren normal. Hysterische Stigmata fanden sich nicht [nach des Ref. Ansicht Stigmata genug]. Der Charakter soll normal gewesen sein. Auf die hysterischen Charaktereigenthümlichkeiten kommt B. aber gar nicht zu sprechen. Heredität lag nicht vor.

B. erörtert, warum eine arthritische Neuritis nicht anzunehmen sei. Er hält den Fall für eine „monosymptomatische Hysterie“. Namentlich das Erhaltensein der Sehnenreflexe und der Charakter der Sensibilitätstörungen stützten diese Diagnose. Letztere waren übrigens auch mit Lagegefühlstörungen verbunden. Auch die Atrophie des erkrankten Beines sei auf die Hysterie zurückzuführen. Rückenmark- und peripherische Nervenstörungen werden ausgeschlossen. A. Boettiger (Hamburg).

562. **Chirurgische Eingriffe bei Hysterie**; von Dr. M. Sander. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36. 1899.)

S. theilt 2 interessante Fälle von schwerer Hysterie mit, in denen beide Male organische Erkrankungen des Intestinaltractus, Darmstenose, Ulcus ventriculi perforatum, Peritonitis, Salpingitis, Perityphlitis u. s. w., vorgetäuscht wurden und es 2mal, bez. 4mal innerhalb eines Jahres zur Laparotomie kam, stets jedoch mit, abgesehen von Kleinigkeiten, negativem Operationbefund.

Bei dem 1. Kr. war das Hauptsymptom ein häufig und meist anfallsweise auftretender Meteorismus mit Schmerzhaftigkeit des Leibes. Er trat zuerst nach einem hysterischen Anfalle auf. Dazu gesellten sich später Erbrechen, Temperatursteigerung, schmerzhafte Resistenz in der Ileocökalgegend und Pulsveränderungen.

Bei der 2. Kr. begann die Sache mit einer hysterischen Coxalgie; dazu traten ein arteficielles Erythem, dann Erbrechen, aufgetriebener Leib, Diarrhöen und Druckempfindlichkeit des Abdomen, endlich erhebliche Temperatursteigerungen, deren arteficielle Ursache sich nachweisen liess. Zeitweilig bestand Urinretention wochenlang.

In beiden Fällen waren hysterische Charaktereigenthümlichkeiten deutlich.

S. bespricht in sehr klarer und dem Wesen der Hysterie als einer degenerativen Psychose durchaus gerecht werdender Weise die Entstehung der einzelnen Symptome, namentlich den Einfluss von autosuggestiven und von durch suggestive ärztliche Untersuchungen erweckten Vorstellungen. Besonders die Einwirkung der letzteren liess sich in den Krankengeschichten in ausserordentlich lehrreicher Weise verfolgen. Für das Zustandekommen von Meteorismus und von Temperatursteigerungen, letzteres namentlich im 2. Falle, waren arteficielle Ursachen nachzuweisen. S. berücksichtigt eingehend die Differentialdiagnose und kommt zu dem sicherlich berechtigten Schlusse, dass sich sämmtliche Operationen bei genauer Kenntniss solcher hysterischer Zustände und bei sachverständigem Abwägen aller in Betracht kommenden Momente hätten vermeiden lassen. Bemerkenswerth ist noch, und der Ref. weist mit besonderem Vergnügen darauf hin, wie geringes Gewicht S. auf das etwaige Vorhandensein der sogenannten hysterischen Stigmata legt. Nur bei der 2. Kranken wird nebenher eine Hemihypalgesie erwähnt. S. stellt auch seine Differentialdiagnose nicht etwa in Anlehnung an solche „Stigmata“, die im Grunde genommen doch nur die leichte Entstehung von Autosuggestionen und die Suggestibilität der Hysterischen illustriren, sondern unter Berücksichtigung der Eigenartigkeit in der Entstehung der Krankheiterscheinungen, ihrem unmotivirten Wechsel, ihrem widerspruchsvollen Zusammentreffen und ihrem überraschenden Verschwinden, alles erwachsend auf dem Boden einer krankhaft veränderten Psyche.

A. Boettiger (Hamburg).

563. **Zur pathologischen Anatomie und Bakteriologie des Delirium acutum**; von Dr. Kazowsky. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 13 u. 14. p. 489. 1899.)

Nach kurzem Ueberblicke über einen Theil der Literatur, theilt K. 2 eigene Beobachtungen mit.

Im 1. Falle handelte es sich um eine akute Psychose, die sich nach einem depressiven Stadium entwickelte, mit hohen Temperaturen, beängstigenden Hallucinationen, geistiger Verwirrung und schnellem Kräfteverfall, dabei ohne sichtbare somatische Erscheinungen aber mit eigenartigen Symptomen seitens der motorischen Sphäre einherging. Die *Sektion* mit mikroskopischer Untersuchung zeigte die Veränderungen einer akuten cortikalen Encephalitis, Hyperämie, Emigration von Leukocyten, Degeneration von Nerven-Zellen und -Fasern, Anwesenheit von Zellenelementen in den Pericellularräumen und Proliferation der Neurogliazellen. Ausserdem fand sich noch ein erbsengrosses Gliom im Kleinhirn. Im Blute waren bei Lebzeiten Kokken nachgewiesen worden. K. hält diesen Fall für ein anscheinend idiopathisches Delirium, bei dem jedoch die bakteriologische Untersuchung ergeben habe, dass das akute Delirium nur das Symptom einer Allgemeininfektion und einer Reaktion eines bereits geschwächten Gehirns [Kleinhirntumor!?] bildete.

Auch im 2. Falle handelte es sich um eine schwere depressive Psychose, die, als der Kr. weit genug heruntergekommen war, mit einem akuten Delirium endete. Auch hier fand sich post mortem eine akute cortikale Encephalitis; ätiologisch verantwortlich findet K. eine Intoxikation mit den Toxinen des Staphylococcus pyogenes aureus bei bestehender Darmdiphtherie; es wurden im Colon descendens 2 frische Geschwüre der Schleimhaut constatirt. In der Cerebrospinalflüssigkeit, der Milz und dem Herzblute wurden Kokken nachgewiesen.

K. hält nach seinen Beobachtungen das Delirium acutum für eine infektiöse Erkrankung, oder, weiter gefasst, für eine „Intoxikation mit diesen oder jenen schädlichen Produkten“. Dabei scheine das Toxin an der Eingangspforte gar keine Reaktion zu erzeugen, während es auf das Gehirn eine solch kolossale Einwirkung habe, offenbar weil das Gehirn der Locus minoris resistentiae sei. Jedoch sei die ganze Frage nach Wesen und Entstehung des Delirium acutum noch nicht als gelöst zu betrachten.

A. Boettiger (Hamburg).

564. **The insane cranium**; by Francis O. Simpson. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 76. 1899.)

S. untersuchte 398 Schädel von Geisteskranken, und zwar 245 männliche und 153 weibliche. Er betrachtet die Veränderungen derselben, soweit sie allen Formen von Irrsinn gemeinsam sind, und soweit sie bei den verschiedenen Formen von Irrsinn verschieden sind, und zwar jedesmal bezüglich Schädelkapsel und Schädelbasis. Die Ergebnisse werden in gedrängter Kürze aufgezählt und bezüglich ihrer procentualen Häufigkeit bei den einzelnen Formen der Geistesstörung tabellarisch geordnet mitgetheilt. Die Einzelheiten mögen im Originale eingesehen werden, da sie sich nicht kurz referiren lassen. A. Boettiger (Hamburg).

565. **Beitrag zur Kenntniss der Seelenstörungen der Epileptiker**; von Dr. Deiters. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 693. 1899.)

In dem einen der beiden hier mitgetheilten Fälle von Epilepsie konnte D. die chronische geistige Störung, welche unter dem Bilde der chronischen Paranoia verlief, einfach als eine ungewöhnliche Steigerung auch sonst bei Epilepsie vorkommender Erscheinungen deuten; er glaubt, dass eine solche Deutung in allen Fällen von Paranoia bei Epilepsie möglich sei. Im anderen Falle war bei einer Epileptischen eine Laktationpsychose aufgetreten, die zwar durch einzelne Züge an Epilepsie erinnerte, aber durch Verlauf u. s. w. den sonstigen akuten Geistesstörungen bei Laktation glich.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

566. **Symptomatischer Korsakoff und Rückenmarkserkrankung bei Hirntumor**; von O. Mönkemöller u. L. Kaplan. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 706. 1899.)

In dem beschriebenen, zur Obduktion gelangten Falle von „kleinzelligem, gallertig entartetem Rundzellensarkom“ des rechten Schläfelappens war erst die Diagnose mit Bestimmtheit auf Hirntumor gestellt, alsdann aber zweifelhaft geworden wegen Auftretens des psychischen Bildes einer Korsakoff'schen Psychose bei gleichzeitiger parenchymatöser Nephritis. M. und K. halten die Korsakoff'sche Psychose hier für eine symptomatische, toxämisch direkt oder indirekt, durch den Hirntumor unter Mitwirkung der Nephritis hervorgerufen. Als durch Toxämie bedingt werden auch die Veränderungen in den Hintersträngen des Rückenmarkes aufgefasst. Bresler (Freiburg i. Schl.).

567. **Beitrag zur Statistik, Aetiologie und Symptomatologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis**; von H. Sprengeler. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 725. 1899.)

Auf Grund seiner statistischen Untersuchungen am Materiale der Göttinger Klinik erklärt Spr. die Syphilis für die bei Weitem wichtigste, sei es nun direkte oder indirekte Ursache der Paralyse, dann kommen: Alkoholismus, Heredität, Kopfverletzung, psychisches Trauma, Elend und Noth, sexuelle Excesse, Bleivergiftung, Insolation und strahlende Hitze. Geistige Ueberanstrengung allein erzeugt sie nicht. Bresler (Freiburg i. Schl.).

568. **Zur Frühdiagnose der progressiven Paralyse**; von Dr. Ed. Schwarz in Riga. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 4. 1899.)

Schw. handelt von der reflektorischen Pupillenstarre bei Paralyse. Er hat sie in 50 Fällen beginnender Paralyse 16mal auf beiden Augen gefunden; 17mal war die Lichtreaktion minimal, oder träge, oder einseitig aufgehoben, einseitig träge; normal war sie 13mal. Schw. hat dabei auffallenderweise 8mal einseitige reflektorische Pupillenstarre gefunden.

Im Weiteren bespricht Schw. die Berliner Angaben über reflektorische Pupillenstarre bei anderen Krankheiten, erwähnt, dass er bei einem 79jähr. Manne reflektorische Pupillenstarre gefunden habe, dass bei den 2 Alkoholikern mit reflektorischer Pupillenstarre, die er gesehen hat, Syphilis nicht auszuschliessen war, dass bei den Kranken mit Hemiplegie und reflektorischer Pupillenstarre Syphilis immer vorausgegangen war.

Die Schlusssätze sind etwa folgende: 1) In der übergrossen Mehrzahl der Fälle von Geistesstörungen mit reflektorischer Pupillenstarre hat es sich um progressive Paralyse gehandelt (92%). 2) In der Mehrzahl der Fälle von progressiver Paralyse (70%) wird reflektorische Pupillenstarre oder wenigstens Beeinträchtigung der Lichtreaktion gefunden. 3) Auch Trägheit der Reaktion kann diagnostisch wichtig sein. 4) Vollständige Pupillenstarre spricht nicht gegen Paralyse. 5) Reflektorische Pupillenstarre kann viele Jahre lang allein bestehen. 6) Trotzdem kann sich später noch Paralyse oder Tabes entwickeln.

Anhangsweise berichtet Schw. über einen Kranken, der früher Syphilis gehabt hatte, zur Zeit reflektorische Pupillenstarre zeigte, aber nicht an Paralyse, sondern an periodischer Depression litt, und einen Paralytischen, bei dem die reflektorische Pupillenstarre zur frühen Diagnose half.

Möbius.

VI. Innere Medicin.

569. **Ueber Diphtherie.**

1) *Zur Morphologie des Diphtheriebacillus;* von Max Meyerhof. (Arch. f. Hyg. XXXIII. 1 u. 2. 1898.)

2) *Untersuchungen über 30 verschiedene Diphtheriestämme mit Rücksicht auf die Variabilität derselben;* von Dr. Slawyk und Dr. Manicatide. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIX. 2. p. 181. 1898.)

3) *Ueber die Diphtheriebacillen einer Hausepidemie;* von Dr. Wilh. Spirig in St. Gallen. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3 p. 511. 1899.)

4) *A preliminary communication on bacillus diphtheriae and its variants in a school, in which diphtheria was endemic;* by F. Werbrook, O. Mc Daniel, L. B. Wilson u. J. H. Adair. (Brit. med. Journ. April 16. 1898.)

5) *Die falschen und echten Diphtheriebacillen;* von Dr. Fritz Schanz in Dresden. (Wien. med. Presse XXXIV. 28 29. 1898.)

6) *Ueber die Menschen- und Thierpathogenität der Löffler'schen Diphtheriebacillen;* von Dr. Fritz Schanz in Dresden. (Wien. med. Presse XXXIV. 52. 1898.)

7) *Ueber die Pathogenität der Löffler'schen Diphtheriebacillen;* von Dr. Fritz Schanz in Dresden. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 33. 1898.)

8) *Bacille pseudo-diphtérique et bacille diphtérique;* par H. Richardière et L. Tollemer. (Presse méd. VII. 25; Mars 1899.)

9) *A bacillus resembling the diphtheria bacillus in all cultural characteristics but not producing diphtheria toxin;* by Louis Dudley Davis. (Med. News April 1899.)

10) *Sur la coexistance d'une angine pseudo-membraneuse atypique et d'un microbe nouveau;* par Joseph Nicolas. (Arch. de Méd. expér. X. 1. p. 75. Janv. 1898.)

11) *Beitrag zum Verhalten des Diphtheriebacillus auf künstlichen Nährböden und im thierischen Organismus;* von Cand med. Arhur Blumenthal. (Ztschr. f. klin. Med. XXXV. 5 u. 6. p. 573. 1898.)

12) *Untersuchungen über Diphtheriediagnose.* Ein neues und verbessertes Culturverfahren für den Nachweis von Diphtheriebacillen im Exsudate und Erlangung von Reinculturen; von Dr. A. Joos in Brüssel. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XXV. 8 u. 9. 10. 1899.)

13) *Bacteriologic examinations in diphtheria with a report of one hundred and sixty cases;* by Robert L. Pitfield. (Univers. med. Mag. IX. 11. p. 767. Aug. 1897.)

14) *Ueber die Diagnose des Diphtheriebacillus unter Berücksichtigung abweichender Culturformen desselben;* von Dr. Kurth in Bremen. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXVIII. 3. p. 409. 1898.)

15) *Bericht über die zweijährige Thätigkeit (26. Juli 1896—1898) der Diphtherie-Untersuchungsstation des hygieinischen Institutes zu Breslau nebst Vergleichen mit der amtlichen Diphtheriestatistik;* von Dr. Max Neisser uud Dr. B. Heymann. (Klin. Jahrb. VII. 3. p. 259. 1899.)

16) *Notes sur le diagnostic clinique et bactériologique de la diphthérie à l'hôpital cantonal de Lausanne;* par le Dr. P. Villeumier. (Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 4. p. 263. Avril 1899.)

17) *Pathology and diagnosis of diphtheria;* by Ch. W. Aitkin. (Amer. Pract. and News XXVI. 16. 1898.)

18) *Ueber Diphtheriebacillen und Diphtherie in Scharlachabtheilungen;* von Prof. Sörensen. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIX. 2. p. 250. 1898.)

19) *A systematic bacteriological examination of the fauces in scarlet fever as a means of preventing postscarlatinal diphtheria;* by G. C. Garrat and J. W. Washbourn. (Brit. med. Journ. April 15. 1898.)

20) *Sur l'infection mixte de la scarlatine avec la diphthérie;* par le Dr. J. Chabade. (Arch. russes de Pathol. IV. 2. p. 208. 1899.)

21) *Diphtherie und Scharlach;* von Dr. Marcus. (Therapeut. Mon.-Hefte XII. p. 357. 1898.)

22) *Das regelmässige Vorkommen von Diphtherie- oder Pseudodiphtheriebacillen in dem gewöhnlichen Schnupfen der Kinder;* von Prof. M. Stooss. (31. med. Bericht über die Thätigkeit des *Jenner*'schen Kinderspitals in Bern während der Jahre 1896 und 1897 p. 73. 1898.)

23) *Diphtherie ohne Diphtheriebacillen;* von Fritz Imbach. Aus dem Kinderspital in Hattingen (Prof. *Wyss*). (Inaug.-Diss. Zürich.)

24) *Ueber die Steigerung der Giftproduktion des Diphtheriebacillus bei Symbiose mit Streptokokken;* von Dr. Paul Hilbert. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIX. 2. p. 157. 1898.)

25) *Zur Bakteriologie der Diphtherie und über Mischinfektion;* von Dr. Kornel Preisich in Budapest. (Jahrb. f. Kinderhkde. LVIII. 2 u. 3. p. 271. 1898.)

26) *Se e come avvenga la setticemia difterica.* Ricerche sperimentali del Dott. Ferrucio Cuoghi Constantini. (Policlin. V. 11. p. 265. 1898.)

27) *Des associations microbiennes dans la diphthérie au point de vue clinique et bactériologique;* par le Dr. Méry. (Gaz. des Hôp. LXXI. 120. p. 110. 1898.)

28) *Ueber die Mischinfektion mit Proteus bei Diphtherie der Halsorgane;* von Dr. W. Kühnau. (Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 5 u. 6. 1897.)

29) *Recherches cliniques et expérimentales sur le rôle des levures trouvées dans les angines suspectes de diphthérie;* par Henry de Stoecklin. (Arch. de Méd. expérim. X. 1. p. 1. Janv. 1898.)

30) *Experiments to determine wether sewer air will raise the toxicity of lowly virulent diphtheria bacilly;* by Samuel G. Shattock. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. V. 3. p. 305. 1898.)

31) *Recherches expérimentales sur la question de savoir comment certaines organes se comportent à l'égard des toxines diphthériques;* par K. Dzierzgowski et J. Onufrowicz. (Arch. de Sc. biol. VI. 1. p. 41. 1997.)

32) *The results of the intra-tracheal inoculation of the bacillus diphtheriae in rabbits;* by Simon Flexner and H. B. Anderson. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IX. 85. April 1898.)

33) *Action de la toxine diphthérique sur les muqueuses;* par V. Morax et M. Elmassion. (Ann. de l'Inst. Pasteur XII. 3. p. 210. Mars 1898.)

34) *A note on the local action of crude diphtheria toxin;* by J. J. Douglas. (Brit. med. Journ. Sept. 3. 1898.)

35) *Ueber die Wirkung des Diphtheriegiftes auf das Herz;* von Dr. F. Rolly in Heidelberg. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 283. 1899.)

36) *Ueber Myokarderkrankung nach Diphtherie;* von Prof. Ribbert in Zürich. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 1. 1899.)

37) *Action du pancréas sur la toxine diphthérique;* par Charrin et Levaditi. (Gaz. des Hôp. LXXII. 40. 1899.)

38) *The resistance of rats to diphtheria toxin;* by Louis Cobbett. (Brit. med. Journ. April 15. 1899.)

39) *Le bacille de la diphtherie pullule-t-il dans les organes;* par M. Metin. (Ann. de l'Inst. Pasteur. XII. 9. p. 596. Sept. 1898.)

40) *The vitality of the diphtheria bacillus;* by Alex. Macgregor. (Lancet March 12. 1898.)

41) *Zur Verbreitungsweise der Diphtherie;* von Dr. Heinrich Meyer in Basel. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVII. 14. 1898.)

42) *De la diphthérie larvée* au cours des épidémies. Son diagnostic, sa fréquence et son rôle; par J. Simon et F. Benoit. (Revue de Méd. XVIII. 1. p. 48. 1898.)

43) *Zur Diphtherieprophylaxe;* von Dr. Mulert. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 38. 1898.)

44) *Ueber Diphtherieprophylaxe.* Zwei Referate, gehalten in der Baseler medicinischen Gesellschaft den 4. Nov. 1897 von Prof. E. Hagenbach-Burckhardt und Prof. Albrecht Burckhardt nebst statistischen Mittheilungen von Physicus Dr. Lotz. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVIII. 3. p. 65. 1898.)

45) *Angine diphtérique chez un nourrice. Toxicité du lait;* par le Dr. A. Arnozan. (Arch. clin. de Bord. VII. 8. p. 425. 1898.)

46) *A case of faucal, nasal and aural diphtheria;* by Charles H. Burnett. (Philad. Policlin. VII. 21. 1898.)

47) *Ein Fall von primärer isolirter Nasendiphtherie;* von Dr. Carl Kassel. Therap. Monatsh. XII. 10. p. 557. 1898.)

48) *De la diphthérie primaire de l'amygdale pharyngée;* par le Dr. Broeckhaer. (Belg. méd. LI. 5. p. 129. 1899.)

49) *Ueber seltenere Lokalisation des Diphtheriebacillus auf Haut und Schleimhaut;* von Dr. A. W. K. Müller. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 6. 1899.)

50) *Two additional cases of diphtheria of the vulva;* by W. P. Coues. (Boston med. and surg. Journ. CXXXVIII. 19. p. 445. May 1898.)

51) *Three cases of haemorrhagic diphtheria;* by J. W. Stephens and O. D. Parfitt. (Transact. of the pathol. Soc. of London XLVIII. p. 265. 1897.)

52) *Endocarditis ulcerosa bei einem Kinde, erzeugt durch Bacillus pseudodiphthericus;* von Prof. Hugo Preisz. (Ungar. med. Presse III. 10—12. 1898.)

53) *Three cases of cardiac thrombosis in diphtheria;* by F. J. Woollacott. (Lancet May 6. 1899.)

54) *Bleibende Mitralinsufficienz.* Casuistischer Beitrag von Dr. Wilhelm Steffen in Stettin. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 285. 1898.)

55) *Post diphtherial paralysis;* by G. Sims Woodhead. (Brit. med. Journ. Sept. 3. 1898.)

56) *Incontinentia urinae in Folge diphtheritischer Blasenlähmung;* von Prof. Jos. Englisch in Wien. (Wien. med. Presse XXXIX. 9. 1898.)

57) *Einige Bemerkungen zur Diphtheriebehandlung;* von Dr. A. Ripperger. (New Yorker med. Mon.-Schr. X. 9. p. 451. 1898.)

58) *Croup und Pilocarpintherapie;* von Dr. Carl Sziklai. (Ungar. med. Presse III. 21. 1898.)

59) *La tracheotomia e l'intubazione nelle stenosi laringo-tracheali difteriche.* Nota per il Dott. Remigio Stecchi. (Rif. med. XXIV. 220. 1898.)

60) *Angina diphtérique avec croup; tubage prolongé pendant sept jours; durée du séjour du tube dans le larynx: 132 heures; impossibilité de retirer le tube sans menaces d'asphyxie immédiate. Mort par spasme de glotte;* par le Dr. E. Ausset. (Echo méd. II. 48. 1898. — Gaz. hebd. XLV. 102. 1898.)

61) *Der grosse Inhalationsapparat im Diphtherie-Pavillon des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses;* von Adolf Baginsky. (Berl. klin. Wchnschr. XXIV. 43. 1897.)

62) *Die Intubation bei der diphtheritischen Larynxstenose in der Privatpraxis;* von Dr. Eugen Schlesinger. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24. 1899.)

63) *Ueber Bekämpfung von Diphtherieepidemien durch Isolation der Individuen mit Diphtheriebacillen im Schlunde;* von Dr. Joh. Fibiger in Kopenhagen. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 35—38. 1897.)

Blumenthal (11) fand bei der Prüfung der auf verschiedenen bekannten Nährböden gewachsenen Diphtheriebacillen, dass sie niemals die Produkte der Eiweissfäulniss bildeten. Die Bacillen wuchsen auf allen Nährböden gut. Ihre Vermehrung stand in keinem festen Verhältnisse zur Toxinbildung. Zucker lenkte den Bacillus in den verschiedenen Nährböden von der Toxinbildung ab. In Lecithinbouillon war das Wachsthum der Bacillen ein gutes, die Giftbildung eine geringe. Auch im thierischen Organismus hemmte der Zucker die Giftproduktion. Meerschweinchen, denen vor einer Einspritzung von Diphtherieculturen Zuckerlösung einverleibt worden war, blieben am Leben, während die Controlthiere starben. In der Praxis ist bekanntlich die Behandlung der Diphtherie mit Zuckereinblasungen geübt worden.

Als einen Nährboden, auf dem die Diphtheriebacillen rasch und gut wachsen, während andere Mikroben, namentlich Streptokokken, darauf nicht gedeihen, empfiehlt Joos (12) ein nach folgender Vorschrift bereitetes Serum:

300 ccm Blutserum werden mit 80 ccm Normalnatronlösung und 150 ccm destillirten Wassers oder Bouillon gemengt, in Kolben mit flachem Boden 2 bis 3 Std. lang im Wasserbade bei 60—70° erhalten, dann auf 100° erwärmt. Besser ist noch eine $^1/_2$—$^3/_4$stündige Erwärmung im Dampfkochtopfe. Alsdann wird $^1/_2$ Liter peptonisirter Agarbouillon (20 g Agar enthaltend) zugemischt, das Gemenge wird heiss filtrirt, sterilisirt und in *Petri*'sche Schalen gegossen.

Meyerhof (1) beschreibt einen Diphtheriestamm, der neben den gewöhnlichen Formen ausserordentlich grosse keulenförmige Bacillen in grosser Anzahl aufwies („Riesenwuchs"). Am meisten traten die grossen Bacillen in Kartoffelculturen auf, demnächst in Bouillonculturen. Auf anderen Nährböden ging der Bacillus nicht viel über die gewöhnlichen Grössenverhältnisse hinaus. Häufig bildete er Verzweigungen. Der Bacillus war 1 Jahr lang künstlich gezüchtet worden. Mit Escherich ist M. der Ansicht, dass es sich bei dem Riesenwuchse nicht um Involutionformen handelt, sondern eher um „eine durch ein Uebermaass von Nährstoffen hervorgerufene Wachsthumsanomalie, welcher allerdings der Zerfall der Zelle auf dem Fusse zu folgen pflegt" (Escherich). Eben so wenig hält M. die Verzweigungen für Produkte abnormer Entwickelung des Diphtheriebacillus, dem er nach seinem morphologischen Verhalten eine Mittelstellung zwischen den Spaltpilzen und den Fadenpilzen angewiesen wissen will.

Slawyk und Manicatide (2) untersuchten 30 Diphtheriestämme auf den verschiedenen Nährböden mit Rücksicht auf ihr mikroskopisches und culturelles Verhalten und die Pathogenität. Aus den umfangreichen Untersuchungen geht Folgendes hervor: „Von den 42 isolirten, aus sehr verschiedenartigen Krankheitprocessen stammenden Diphtherieculturen haben sich 4 als Pseudodiphtherie erwiesen. Die 38 echten Diphtherieculturen zeigten im Allgemeinen auf Blutserum, Glycerinagar, Gelatine und Kartoffel gleichmässiges Wachsthum: entweder es traten transparente, platte, bez. wenig erhabene glanzlose Colonien auf oder es entwickeln sich undurchsichtige, grauweisse, erhabene, glänzende Culturen. Zwischen diesen beiden Formen bestehen zahlreiche Uebergänge, so dass aus dem gelegentlichen Wachsthum nach der einen oder anderen Richtung hin constante Differenzen sich nicht ergeben. Die Diphtheriebacillen wachsen im Allgemeinen desto üppiger auf Agar, je länger sie auf demselben gezüchtet werden. Milch wird nicht coagulirt, auch nicht von den Pseudodiphtheriestämmen. Auf Bouillon entsteht erst Trübung und Säuerung; später klärt sich die Bouillon und die Reaktion wird alkalisch. Bröckel und Membranbildung sind nicht constant. Pseudodiphtherieculturen zeigen gegen echte in Bouillon keine constanten Differenzen. Die Virulenzprüfung ergab bei allen 38 Culturen ein positives Resultat. Gleichzeitiges Impfen von Diphtheriebouillon und Heilserum verhinderte bei allen Culturen gleichmässig

Tod und Erkrankung. Die von den verschiedensten Krankheitprocessen stammenden Diphtherieculturen verhielten sich im Thierversuche völlig einheitlich. Im Heilserum haben wir ein absolut sicheres diagnostisches und (wenigstens für Meerschweinchen) ein ebenso zuverlässig therapeutisch wirkendes Heilmittel gegen Diphtherie. Interessant ist Cultur XII, welche, ursprünglich pathogen, ihre Virulenz im Laufe der Beobachtung verlor und trotz wiederholter Versuche nicht wieder erlangte. Die mikroskopische Untersuchung ergab als einzig constantes Merkmal eine parallele oder in wirren Haufen mit Neigung zur parallelen Lagerung erfolgende Anordnung der Diphtherie- und Pseudodiphtherieculturen. Segmentirte Färbung und Degenerationformen erwiesen sich bei beiden Arten (echten und pseudodiphtherischen) als nicht constant. Die Gram'sche Färbung nahmen alle Culturen ohne Ausnahme an, die Ernst-Neisser'sche Färbung gab zwar werthvolle, aber nicht constante Differenzen zwischen Diphtherie und Pseudodiphtherie. Die Diphtheriebacillen erwiesen sich stets als unbeweglich. Die von Zupnick gefundenen Unterschiede zwischen den verschiedenen Diphtherieculturen in Wachsthum, Färbung und Virulenz haben wir bei unseren Diphtheriestämmen nicht bestätigen können."

Spirig (3) meint, die Unterschiede der echten und der Pseudobacillen in morphologischer und cultureller Hinsicht seien unsicher. Die epidemiologische Zusammengehörigkeit bilde einen sicheren Beweis für die Identität der in den Einzelfällen gefundenen Diphtherieerreger, sofern man das qualitative Verhältniss der gefundenen Bacillen in Betracht zieht, d. h. sich nicht auf den Nachweis einzelner Stäbchen verlässt. Sp. hat bei einer Hausepidemie, wo das Material übersichtlich ist, nach diesen Gesichtspunkten Untersuchungen angestellt, aus denen er folgende Schlüsse zieht: „1) Die epidemiologische enge Verknüpfung von Diphtheriefällen giebt einen Prüfstein für die Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Differentialdiagnose des echten und falschen Löffler-Bacillus ab. 2) Der Diphtheriebacillus kann in den Einzelfällen einer Epidemie alle Uebergänge vom Pseudodiphtheriebacillus der Autoren zum typischen Löffler-Stäbchen aufweisen. 3) Der Diphtheriebacillus kann alle für den Pseudobacillus charakteristischen Kennzeichen aufweisen und doch am Thiere Lähmungen erzeugen. 4) Die specifische Serumreaktion schlägt auch bei Bacillen fehl, die zwar alle Charaktere der Pseudobacillen haben, aber Paralysen produciren und epidemiologisch zu einem Infektionsherde echter Diphtherie gehören. 5) Die Neisser'sche Körnchenfärbung ist wie die übrigen differential-diagnostischen Merkmale nicht von absolutem Werth."

Werbrook, Mc Daniel, Wilson und Adair (4) haben gemeinsam sorgsame bakteriologische Untersuchungen in einem grossen Internat, in dem Diphtherie epidemisch auftrat, angestellt. Ein besonders starker Ausbruch im Jahre 1896 gab den Anlass zu einer genauen Prüfung. Die hygieinischen Verhältnisse waren befriedigend und boten keinen Anhalt zu einer Erklärung der Epidemie. Es wurde nun, in der Vermuthung, dass die Uebertragung nur von Kind zu Kind stattfinde, jeder neu ankommende Zögling gebadet, neu gekleidet, bakteriologisch untersucht und 2 Wochen lang in Quarantäne gehalten. Fiel eine nunmehr nochmals vorgenommene bakteriologische Untersuchung auch negativ aus, so kam das Kind in die seinem Alter entsprechende Klasse. Zeigte ein Schüler verdächtige Erscheinungen von Seiten des Halses, so wurde er, sowie seine sämmtlichen Mitschüler bakteriologisch untersucht. Die Kinder, bei denen sich verdächtige Bacillen zeigten, wurden so lange isolirt, bis der negative Ausfall zweier Culturen die Genesung anzeigte. Man beobachtete dabei, dass normal erscheinende Kinder zuweilen Monate lang mit Bacillen behaftet waren, die jeder örtlichen Behandlung widerstanden. Neben den typischen Löffler-Bacillen fand sich ein atypisches Stäbchen, das nur in einer von 2400 Prüfungen vermisst wurde, morphologische und culturelle Unterschiede darbot (dünne abgerundete Enden, keine Polkörner, schnelleres Wachsthum auf Glycerinagar und Agar u. A. m.), aber dieselbe Virulenz besass wie die Diphtheriebacillen, die von derselben Quelle stammten. Diese Varietät des Diphtheriebacillus kam theils allein, theils mit typischen Löffler-Bacillen zusammen vor. Von den 478 Kindern, die im Ganzen untersucht wurden, hatten 301 keine Zeichen von Diphtherie und waren frei von Bacillen, 5 waren an Diphtherie erkrankt, ohne dass sich verdächtige Bacillen fanden, während 172 Kinder mit Stäbchen behaftet waren. Von ihnen waren 104 nicht krank (59 mit typischen, 17 mit atypischen, 28 mit beiden Stäbchen), während 68 die klinischen Erscheinungen der Diphtherie darboten (50 mit typischen, 11 mit atypischen, 7 mit beiden Stäbchen). Die Erkrankungen, bei denen der atypische Bacillus gefunden wurde, schienen etwas milder zu verlaufen, als die durch den typischen Bacillus oder durch beide Formen hervorgerufenen. Hinsichtlich der Prophylaxe der Diphtherie stellen die Vff. folgende Forderungen auf: 1) Leute, die mit Diphtheriekranken in Berührung kommen, müssen bakteriologisch controlirt werden. Finden sich Bacillen, so sind ihre Träger zu isoliren. 2) Nur der negative Ausfall von 2 Culturen ist beweiskräftig. 3) Diphtheriekranke und Diphtherieconvalescenten sind in Einzelhaft zu halten.

Schanz (5. 6. 7) erkennt alle die Unterschiede zwischen echten, falschen Diphtheriebacillen und Xerosebacillen, wie sie von den verschiedensten Autoren aufgestellt werden, nicht an. Der giftige Diphtheriebacillus ist seiner Ansicht nach vom ungiftigen nicht zu trennen. Dann verliert er

aber die ätiologische Bedeutung, die man ihm heute zuschreibt. Sch. meint, der Bacillus erlange erst in den Membranen die Fähigkeit der Giftbildung; es müsse zur Auslösung der Diphtherie noch ein anderes Moment mit beitragen. Die Streptokokken sind es wahrscheinlich nicht. Da der Parallelismus zwischen Menschen- und Thierpathogenität nicht mehr aufrecht erhalten werden kann, so werden alle grundlegenden Arbeiten über die Serumbehandlung gegenstandslos.

Nach der Ansicht von Richardière und Tollemer (8) ist der Praktiker, der nur über die einfachsten Untersuchungsmethoden verfügt, nicht im Stande, eine sichere bakteriologische Diagnose auf Diphtherie zu stellen. Denn diese Methoden erlauben eine Unterscheidung der echten und der falschen Diphtheriebacillen nicht. Die Versuche, einen Nährboden zu finden, der eine Trennung beider Formen ermöglicht, sind bis jetzt als gescheitert zu betrachten. Im Allgemeinen kann man annehmen, dass, wenn man im mikroskopischen Präparate nur oder vorwiegend lange Bacillen findet, Diphtherie vorliegt. Findet man mittellange oder kurze Formen, so sind alle Prüfungsmethoden (Neisser'sche Färbung, Cultur, Virulenzprüfung), die R. und T. besprechen, in Anwendung zu bringen. R. und T. fanden bei 16 Personen, die im Diphtheriesaale verkehrten, 13mal Pseudobacillen (3mal im Rachen, 10mal im Nasenschleim), bei 6 Insassen einer grossen Schule 5mal den Pseudobacillus im Nasenschleim, 3mal gleichzeitig im Rachen.

Davis (9) hatte im Jahre 1897—1898 bei 50% der Scharlachkranken Mittelohrentzündung. Von 2 Kranken wurden aus dem Eiter der Ohren, von 12 anderen, die keine Zeichen von Diphtherie darboten, aus dem Nasenausfluss Culturen angelegt. Die gefundenen Bacillen hatten alle Eigenschaften der Diphtheriebacillen, waren aber nicht virulent. Nur ein Stamm machte insofern eine Ausnahme, als das Versuchsthier, ohne eine örtliche Reaktion zu zeigen, an seröser Peritonitis zu Grunde ging. Ein Thier, das gleichzeitig mit einer Cultur dieses Bacillus Heilserum eingespritzt bekam, starb, während das Controlthier am Leben blieb.

Nicolas (10) beschreibt einen 26jähr., öfter an einfachen Mandelentzündungen leidenden Studenten, der eine äusserst hartnäckige Angina pseudomembranacea bekam. Die Beläge trotzten jeder erdenklichen Behandlung und hielten sich 7 Monate lang. N. glaubt, die Heilung endlich durch chlorsaures Kalium bewirkt zu haben. Die Erkrankung wurde zunächst für Diphtherie, später für Lues und vieles andere mehr gehalten. In den Belägen fand sich ein grosser, dicker, unbeweglicher Kapselbacillus, der nach Gram entfärbt wurde, auf den gebräuchlichen Nährböden gut wuchs. Er war für Kaninchen und Meerschweinchen giftig. Pseudomembranen konnten bei Versuchsthieren auf den Schleimhäuten nicht erzeugt werden, wohl aber am Bauchfell. Der Bacillus unterscheidet sich von allen bisher bekannten Mikroben.

Pitfield (13) untersuchte 160 diphtheriekranke und diphtherieverdächtige Personen. Er fand bei 99 = 62% den Diphtheriebacillus. Bei vielen Kranken waren vor der Entnahme des Untersuchungsstoffes örtliche antiseptische Behandlungsmethoden angewendet worden. P. betont die Schwierigkeiten der mikroskopischen Diagnose.

In ausführlicher Darstellung legt Kurth (14) den Geschäftsgang und die Ergebnisse der Diphtheriediagnose im bakteriologischen Institute zu Bremen während der Jahre 1896—1897 dar. Es wurden in den beiden Jahren 362, bez. 324 Diphtherieuntersuchungen vorgenommen und 193mal, bez. 136mal die Diagnose Diphtherie gestellt. 45mal wurde die Reinzüchtung echter und 52mal diejenige diphtherieähnlicher Bacillen vorgenommen. Von dem eingesendeten Materiale werden zunächst Serumculturen angelegt. Für die Diagnose des Diphtheriebacillus in der Reincultur kommen in Betracht: a) *Die Virulenzprüfung und die Heilserumprobe.* Will man den vollen wissenschaftlichen Beweis für die Anwesenheit der Löffler'schen Bacillen erbringen, so muss man die Behring'sche Probe machen. Für die Praxis genügt das einfache Löffler'sche Thierexperiment. K. hat 3mal Reinculturen von Bacillen angelegt, die alle Eigenschaften der echten Löffler-Stäbchen hatten (auch die Neisser'sche Färbung annahmen), aber für Meerschweinchen ganz ungiftig waren. K. fasst sie als abgeschwächte Formen auf. Sie stammten von Erwachsenen, wuchsen auf Serum nicht sehr kräftig und starben schnell ab. b) *Neisser's Doppelfärbung.* Ihr Befund ist wichtig, sichert die Diagnose; ihr negativer Ausfall jedoch spricht nicht gegen Diphtherie. Die Probe versagte bei 3 Culturen von zweifellosen, vollvirulenten Löffler-Bacillen, die von Kindern mit klinisch ausgesprochener Diphtherie stammten. c) *Die Feststellung der Grösse der Bacillen in der Reincultur auf Löffler's Serum.* Es ist wichtig, im mikroskopischen Präparat einer 18—36 Stunden alten, bei 37° auf Löffler's Serum gewachsenen Cultur das Verhältniss zwischen Länge und Breite der einzelnen Stäbchen zu beobachten. Wenn sich „Fünferformen“ (V) finden, deren einzelne Schenkel mindestens 5mal länger als breit sind, oder wenn sich daneben einzelnliegende Bacillen finden, die mindestens 7mal länger als breit sind, so liegt mit grösster Wahrscheinlichkeit Diphtherie vor. d) *Die Säurebildung.* Die Bildung von reichlicher Säure in glukosehaltigem Nährboden ist ein wichtiges und stets zutreffendes Kennzeichen des Diphtheriebacillus. Aber sie kommt auch vor bei einigen kurzen Pseudoformen und einzelnen, auch langen Conjunctivastäbchen. Von den diphtherieähnlichen Culturen beschreibt K.: a) *Den Bacillus pseudodiphtherious alcalifaciens.* Ungiftig, keine Neisser-Färbung, kurze Form auf Löffler-Serum, Alkalibildung in Zuckerbouillon ohne vorhergehende Säurebildung. Fand sich im 5. Theile der Fälle neben Diphtheriebacillen. b) *Den Bacillus pseudodiphth. acidum formans.* Ungiftig,

keine Neisser-Färbung. Fand sich in 3 Fällen. c) *Die auf der Conjunctiva vorkommenden diphtherieähnlichen Bacillen.* Es fanden sich unter 3 Culturen 2 säurebildende, ungiftige, die Neisser'sche Färbung nicht annehmende Stäbchen, und zwar lange (aus Hypopyon gezüchtet) und kurze (von akuter Conjunctivitis). Die 3. Form entsprach dem Bacillus pseudodiphth. alcalifaciens und stammte von chronischer Blenorrhöe.

In der Regel konnte die Diagnose in 18 Stunden gestellt werden bei Züchtung auf Löffler-Serum, Anwendung des Czaplewsky'schen und Neisser'schen Färbeverfahrens. Wenn ein die Neisser'sche Färbung nicht annehmender echter Diphtheriestamm in kurzer Form gewachsen ist oder der Bac. pseudodiphth. acidum faciens schon binnen 18 Stunden gewachsen ist, verzögert sich die endgültige Diagnose um 1—2 Tage bis zur Gewinnung der Reincultur. Ausnahmeweise werden auch bei Anwesenheit sehr weniger Diphtheriebacillen die Colonien erst in 18—36 Stunden deutlich, so dass sich die Diagnose dementsprechend verzögert. Das Verhalten der gelegentlich auf der Conjunctiva vorkommenden, langen, säurebildenden, die Neisser'sche Färbung nicht annehmenden, ungiftigen Bacillen bedarf noch der weiteren Prüfung.

Ein ähnlicher Bericht liegt aus Breslau von Neisser und Heymann (15) vor. Daselbst ist eine Diphtherie-Untersuchungstation seit dem 26. Juli 1896 in Betrieb. Die Apparate zur Entnahme des Untersuchungsstoffes (mit Watte armirte Stahlsonden in Reagenzgläschen) stehen den Aerzten in den Apotheken zur Verfügung, denen sie nach der Abimpfung wieder zugestellt werden. Von hier befördert sie der telephonisch herbeigerufene Bote in das Institut. Nach ausführlicher Beschreibung des Betriebes, der Eintheilung der Dienststunden u. s. w. gehen N. und H. auf den Gang der eigentlichen bakteriologischen Untersuchung ein. Es wird zunächst ein Originalpräparat angefertigt, auf Grund dessen ein negatives Urtheil niemals abgegeben wird, sodann Klatschpräparate, Strichpräparate von Serumplatten mit einfacher und Doppelfärbung. Bezüglich der *Fehlerquellen* bemerken N. und H., dass das Pferdeserum zuweilen im Stich gelassen habe. Die Untersuchung der Präparate in Wasser erschien nicht empfehlenswerth. Zuweilen traten Heubacillen in sehr störender Weise auf. Dann müssen alle Gebrauchsgegenstände gründlich sterilisirt werden. Sehr hinderlich ist eine desinficirende örtliche Behandlung der Kranken vor Entnahme der Probe. Einmal gab die Laboratoriuminfektion eines Assistenten und eines Dieners zu Störungen Anlass. Von *bemerkenswerthen Resultaten* sei erwähnt, dass die Bacillen bei Erwachsenen schneller verschwanden als bei Kindern (bei einem Kinde wurden Bacillen 5 Wochen lang im Rachen, bei einem anderen 83 Tage in der Nase gefunden). In der Nase hafteten sie länger als im Rachen. Einmal fanden sich Bacillen auf der Wunde nach Entfernung der Rachenmandel; mehrere Male kam Diphtherie des Auges und der Vulva zur Untersuchung. Der älteste Patient war 70 Jahre alt. In 7 von 93 Scharlachfällen fanden sich Diphtheriebacillen. Es wurden in der Berichtszeit 2196 Untersuchungen ausgeführt (darunter 229 Nachuntersuchungen). 1580 Fälle stammten aus der Familienpraxis (in 42% Bacillen), die übrigen aus Krankenhäusern (in 43% Bacillen). Die *Dauer bis zur Diagnose* betrug für die positiven Fälle $5^1/_2$ Stunden, abgesehen von denjenigen Fällen, in denen sofort auf Grund des Originalpräparates Auskunft gegeben werden konnte. Von den bis Mittags 12 Uhr eingesandten Proben konnten 90% noch an demselben Tage erledigt werden. Die *Betheiligung der Aerzte*, die die Einrichtung benutzten, hat fortschreitend zugenommen. Etwa 79% der Breslauer Aerzte haben Untersuchungen vornehmen lassen. Aus einer *Fragebogenstatistik* ergab sich, dass die positiven Fälle epidemiologisch und klinisch durchaus von denjenigen mit negativem Ausfall der Untersuchung unterschieden waren. Daraus lässt sich ein Schluss auf die Sicherheit des Verfahrens machen. Da vorwiegend zweifelhafte Fälle zur Untersuchung kamen, war die klinische Frühdiagnose der Diphtherie nur in 65% der Fälle, diejenige der Nichtdiphtherie nur in 39% der Fälle möglich. Auch bei den Nichtdiphtherien schien zuweilen ein epidemiologischer Zusammenhang zu bestehen. Die *Erkrankung der Geschwister* trat in $33^1/_3$% der Familien mit mehreren Kindern auf. Die Gottstein'sche Behauptung, dass die Gruppenfälle einen schwereren Charakter haben, als die Einzelfälle, fand *keine* Bestätigung. Es zeigte sich eher das Gegentheil. Ein *Vergleich mit der amtlichen Statistik* ergab, dass die Meldung der Fälle immer mehr auf Grund des Ergebnisses der bakteriologischen Untersuchung erfolgte. N. u. H. berechnen, dass ungefähr 90% der gemeldeten Fälle mit Wahrscheinlichkeit zur echten Diphtherie gehörten, während etwa 26% echter Diphtheriefälle nicht zur Meldung gelangten. Der Arbeit ist je ein Muster des Begleitbogens und des Fragebogens beigegeben.

Villeumier (16) steht auf dem Standpunkte, dass die bakteriologische Untersuchung nur zur Sicherung und Ergänzung der klinischen Diagnose zu verwerthen ist. Der Begriff der Diphtherie ist ein klinischer. Zu isoliren und unter Umständen zu desinficiren sind nur die Diphtheriekranken, nicht die Träger von Bacillen ohne Krankheitserscheinungen. Für die klinische Diagnose verlangt V. die klassischen, von Brétonneau aufgestellten Zeichen. Von 120 im Hôpital cantonal zu Lausanne vom Februar bis August 1898 untersuchten Kranken mit Diphtherie oder verdächtiger Angina boten 86 ohne Weiteres den Anblick der Diphtherie dar. 5 davon hatten jedoch

Kokkenaffektionen (Erwachsene mit starken örtlichen Erscheinungen, geringem Fieber). Von den 21 zweifelhaften Fällen erwiesen sich nach der bakteriologischen Untersuchung 17 als echte Diphtherie. In 13 Fällen lag primärer Croup vor. Der klinische Verlauf der Erkrankungen mit kurzen oder langen Bacillen bot keine durchgreifenden Unterschiede dar. Waren neben den Bacillen viele Staphylokokken anwesend, so waren die Beläge und das Fieber hartnäckig. In Bezug auf die Anwendung des Heilserum will sich V. nur von den klinischen Erscheinungen leiten lassen. Hinsichtlich der Prophylaxe ist er strenger. Jedes mit einer bacillären Angina behaftete Kind soll isolirt werden. Zum Schluss beschreibt V. ein Kind mit Ozaena, in dessen Nase sich kurze Diphtheriebacillen und Kokken fanden. V. meint, die Bacillen seien in diesem Falle zufällige Begleiter der Kokken gewesen. Trotzdem wurde die Kranke mit Heilserum behandelt.

Aitkin (17) bespricht die klinische und in kurzen Worten die bakteriologische Diagnose der Diphtherie. Etwas Neues bringt er nicht.

Ueber das *Verhalten der Diphtherie in Scharlachabtheilungen* hat Sörensen (18) ausgedehnte Studien angestellt. Er untersuchte in den Jahren 1895 bis 1897, nachdem die während einer Scharlachepidemie stark überfüllt gewesenen Räume des Hospitales gründlich gereinigt worden waren, alle Reconvalescenten von Scharlach, alle aus- und eingehenden Scharlachkranken, von Zeit zu Zeit alle übrigen Kranken der verschiedenen Abtheilungen auf Diphtheriebacillen. In den Berichtsjahren wurden 1500 Scharlachkranke behandelt. Es fanden sich 240mal Bacillen. Es entstanden im Hospitale 32 klinische Diphtherien (1 Todesfall). Die gereinigten Räume schienen keine ansteckungsfähigen Bacillen zu beherbergen. Sehr häufig wurden hingegen Diphtheriebacillen durch neuaufgenommene Scharlachkranke eingeschleppt. In einigen Fällen waren diese auch die Quelle für weitere Infektionen. Häufiger aber hatte die Einschleppung keine Folgen und öfter wurden die Bacillen in Abtheilungen getroffen, denen in dieser Weise kein Ansteckungsstoff zugeführt worden war. Die aufgenommenen, bez. verlegten Kranken konnten also nicht die Hauptinfektionquelle bilden. Zuweilen konnte das Personal oder Besuch der Kranken für die Einschleppung verantwortlich gemacht werden. Alles dies zusammen erklärt jedoch das Auftreten der Bacillen nicht in befriedigender Weise. Man muss eine Uebertragung durch leblose Gegenstände (Nahrungsmittel, Luft) als wahrscheinlich annehmen.

Gewöhnlich waren die Bacillen bei den Behafteten sofort in reichlicher Menge vorhanden. In einzelnen Fällen schienen aber die Bacillen gewissermaassen langsam hereinzuwachsen. Bei den frisch Aufgenommenen schwanden die Bacillen häufig schnell. Nicht selten wurde aber eine Rückkehr der Bacillen beobachtet, die nun hartnäckig hafteten. Das schnelle Schwinden der Bacillen in frischen Scharlachfällen erklärt sich aus der Ueberwucherung durch andere Bakterien. Die Rückkehr der Diphtheriebacillen kann damit erklärt werden, dass die zurückgedrängten Bacillen nach Ablauf der Angina wieder rein wachsen oder dass eine neue Infektion erfolgt.

Auch bei anderen in den allgemeinen Abtheilungen oder in der Diphtheriestation weilenden Kranken war die Rückkehr der Bacillen keine Seltenheit. Die Kranken, die einmal Bacillen hatten, bleiben immer verdächtig und dürfen nicht ohne Grund in eine andere Abtheilung verlegt werden. In manchen Fällen hielten sich die Bacillen sehr lange, bei einem Kinde z. B. 5 Monate. Das Verweilen der aufgenommenen bacillentragenden Kranken in der Abtheilung während 24 Stunden hatte meist keine weiteren Folgen. Verweilen die Kranken länger, so wurden mitunter bei vielen, einmal bei fast allen anderen Kranken auch Bacillen gefunden. Ueber die Bedingungen, die dem Gedeihen der Diphtheriebacillen günstig oder ungünstig sind, lehren die Untersuchungen nichts. Es wurde eigentlich nur gefunden, dass die Bacillen um so schneller schwanden, je besser die allgemeinen hygieinischen Verhältnisse und die Constitution der Pfleglinge waren. Scrofulöse, mit Katarrhen behaftete Kinder schienen den Bacillen einen günstigen Boden zu bieten. Faktoren, die das Entstehen der Katarrhe begünstigten, schienen auf den Ausbruch der Diphtherie ohne Einfluss zu sein. Gleichzeitig vorhandene Masern begünstigten das Gedeihen der Bacillen nicht. Eine scharfe Grenze zwischen wirklich diphtheriekranken und nur bacillentragenden Scharlachkranken war nicht immer zu ziehen. Wo die Bacillen mit akuten Halsentzündungen und Auflagerungen zusammen vorkamen, wurde Diphtherie angenommen. Da auf 240 Fälle mit positivem Bacillenbefund nur 32 klinische Diphtherieerkrankungen kamen, so muss man entweder annehmen, dass die Scharlachreconvalescenten eine gewisse Immunität gegen Diphtherie besitzen oder dass keine echten Bacillen vorlagen. Da keine Virulenzbestimmungen gemacht wurden, muss S. die Frage unentschieden lassen.

Bei ähnlichen Untersuchungen, die Garrat und Washbourn (19) gelegentlich eines Ausbruches von Diphtherie in der Scharlachabtheilung im London Fever Hospital anstellten, wurden vom März 1896 bis December 1898 unter 666 Kranken 8mal avirulente Diphtheriebacillen und 21mal Hofmann'sche Pseudobacillen gefunden. Nur in einem Falle (avirulente Bacillen) waren die klinischen Erscheinungen der Diphtherie vorhanden. Mit der Isolirung der bacillentragenden Kranken erlosch die postscarlatinöse Diphtherie. G. u. W. machen auf die Wichtigkeit der Rhinitiden aufmerksam.

Von 214 Scharlachkranken, die Chabade (20) einer Prüfung unterzog, hatten 98 eine katarrhalische, 33 eine lacunäre, 83 eine pseudomembranöse Angina. Bei der ersten Form fanden sich nur Streptokokken, auch vereinzelte Staphylokokken, bei der zweiten 3mal, bei der dritten 11mal Diphtheriebacillen. Ch. verlangt die Isolirung und Serumbehandlung der mit Bacillen behafteten Scharlachkranken, deren Mortalität $2^1/_2$mal so gross war als diejenige der übrigen.

Marcus (21) beschreibt einen 9jähr. Knaben mit Diphtherie (keine bakteriologische Untersuchung), der im Verlaufe der Erkrankung Scharlach bekam. M. meint, es habe sich um ein frühzeitiges Auftreten der „scarlatinösen Diphtherie“ gehandelt. Hätte man Serum eingespritzt, so hätte man die Scharlacherkrankung für einen Serumausschlag halten können.

Dass beim gewöhnlichen Schnupfen der Kinder sehr häufig Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen vorkommen, hat Stooss (22) im Verein mit Prof. Tavel nachweisen können. In 72 von 75 Fällen wurden Bacillen gefunden, fast stets schon im Deckglaspräparat! In den Culturen fand man 45mal die kurze Form, 22mal die mittlere und kurze, 4mal die mittlere, 1mal die lange. 2mal wurde schwache, 2mal volle Virulenz nachgewiesen. Die 4 Kranken, von denen diese Bacillen stammten, hatten zur Hälfte gewöhnlichen Schnupfen, zur anderen heftige Rhinitis. Von 37 Kindern mit avirulenten Bacillen litten 31 an Katarrhen. Die kurzen avirulenten Bacillen fanden sich auch bei Kindern mit chronischem Nasenfluss, aber auch bei solchen, die nur ganz vorübergehend Absonderung aus der Nase zeigten. In besonders grosser Menge wurden diese Bacillen bei einer Anzahl aus derselben Ortschaft stammender Kinder gefunden, in der seit Jahren keine Diphtherie vorgekommen war. Für die Erkennung der Nasendiphtherie namentlich bei Säuglingen, bei denen sie häufig primär ist, erwachsen durch den fast constanten Befund von Pseudobacillen grosse Schwierigkeiten. Es muss der Nachweis der Virulenz gefordert werden.

In der Kinderklinik von Wyss wurden, wie aus der Dissertation von Imbach (23) zu ersehen ist, vom 22. April 1894 (Beginn der Serumbehandlung) bis zum 1. Januar 1897 315 diphtherieverdächtige Kinder aufgenommen. Bei 295 Kranken wurde die klinische Diagnose auf Diphtherie gestellt, bei den übrigen hingegen ausgeschlossen. Bei letzteren fanden sich auch keine Diphtheriebacillen. Von den 295 Kranken mit klinisch ausgesprochener Diphtherie hatten 26 keine Bacillen. 3 von ihnen starben. Imb. bespricht ausführlich die klinischen Erscheinungen, die die 26 Kranken darboten. Die Krankengeschichten werden tabellarisch geordnet im Auszug, diejenigen der Verstorbenen ausführlich mitgetheilt. Imb. fügt den Beobachtungen noch 10 andere zu, die Schwarz in Zürich machte. Die bakteriologische Untersuchung ergab in allen Fällen Kokken.

Imb. hält daran fest, dass zusammenhängende, den Rachen auskleidende Beläge, die fest anhaften, nicht auf die Mandeln beschränkt bleiben, für Diphtherie charakteristisch sind. In den Fällen, in denen keine oder nur umschriebene Beläge vorhanden waren, sprachen schwerwiegende klinische (Croup) oder epidemiologische Gründe für die Annahme einer Diphtherie. Er zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse: Je genauer die bakteriologische Untersuchung vorgenommen wird, um so seltener werden die Fälle von Diphtherie ohne Diphtheriebacillen. Es giebt eine kleine Gruppe von klinischer Diphtherie, bei der die Infektion durch Streptokokken bedingt ist. Vielleicht giebt es noch eine dritte Gruppe von Diphtherie im Sinne Virchow's, bei der einer oder mehrere noch nicht bekannte Mikroorganismen eine Rolle spielen. Bei ausgesprochener klinischer Diphtherie will Imb. die Serumbehandlung eingeleitet wissen. Sind circumscripte Beläge vorhanden, so soll man das Serum nur anwenden 1) während einer Epidemie, 2) bei raschem Wachsthum der Beläge, 3) bei Ueberführung der Kranken in eine Diphtherieabtheilung.

Wenn man feststellen will, ob die Giftproduktion der Diphtheriebacillen durch Streptokokken verändert wird, so muss man, wie Hilbert (24) ausführt, vor Allem den Einfluss des Nährbodens auf die Giftproduktion ausschalten. H. stellte entsprechende Versuche mit genau derselben Nährbouillon an. Wenn er Lackmusbouillon mit Diphtheriebacillen, bez. mit Diphtheriebacillen und Streptokokken beschickte, so trat die Alkalescenz durch die Symbiose schneller ein und erreichte höhere Grade als in den Diphtherieculturen. Dieses Verhältniss wurde durch Titrirung genauer festgestellt. Bei Thierversuchen (Verwendung keimfreier, filtrirter Culturen) zeigte sich, dass die Symbiose auch die Toxinbildung beschleunigt und erhöht und „dass in manchen Fällen, in welchen die Diphtheriebacillen allein auf dem sauren, giftfreien Stadium stehen geblieben wären, die Association mit Streptokokken sie in das alkalische Stadium und zur Giftbildung hinüberleitete“.

Preisich (25) führt aus, dass die Virulenzbestimmung zur Unterscheidung der echten und falschen Diphtheriebacillen nicht geeignet ist, da wir nicht im Stande sind, eine absolute Virulenz festzustellen. Er meint, dass die morphologischen und culturellen Merkmale zur Unterscheidung genügen. Er erkennt einen echten avirulenten Diphtheriebacillus an und erklärt den Pseudobacillus für eine selbständige Bakterienart. Bezüglich der Mischinfektion bei der Diphtherie ist er der Ansicht, dass der bakteriologische Befund allein keinen Schluss auf die Natur des Krankheitprocesses zulässt. Der Kliniker vermag aber wohl zu beurtheilen, ob der Streptococcus am Krank-

heitprocesse aktiv betheiligt ist. Auch wenn im Blute keine Streptokokken gefunden werden, berechtigen die klinischen Anzeichen den Beobachter unter Umständen dazu, eine septische Diphtherie anzunehmen.

Constantini (26) hingegen folgert aus Versuchen, die er mit Diphtheriereinculturen, mit Gemischen von Diphtherieculturen und Kokkenculturen und mit Diphtherieculturen und gewissen Medikamenten (Atropin, Pilocarpin u. A. m.) anstellte, dass die reine Infektion mit Diphtherie keine Septikämie erzeugt. Die Vertheidigung des Körpers übernehmen die vielkernigen Leukocyten. Wenn zu der Diphtherieinfektion eine Kokkeninfektion hinzutritt, so wird die Macht der Leukocyten vermindert und es kann alsdann zu einer septischen Invasion des Löffler'schen Bacillus kommen. Die Kokken scheinen ein Gift abzusondern, das, ähnlich wie Atropin und Pilocarpin, die Leukocyten schwächt („Leucocidin"). Auch die genannten Stoffe begünstigen den Ausbruch der diphtherischen Septikämie.

Méry (27) bespricht die Mischinfektion bei der Diphtherie in zusammenhängender Weise vom klinischen und bakteriologischen Standpunkte aus. Er sucht die für die verschiedenen Formen der Mischinfektion charakteristischen klinischen Erscheinungen festzustellen, kommt aber doch schliesslich darauf hinaus, dass die Diagnose nur möglich ist, wenn die klinische Beobachtung mit der bakteriologischen Untersuchung Hand in Hand geht. Für die Behandlung empfehlen sich bei Mischinfektionen grosse Gaben von Heilserum. In geeigneten Fällen will er vom Streptokokkenheilserum Gebrauch gemacht wissen. Der örtlichen und der allgemeinen roborirenden Behandlung legt er Werth bei. Die Nebenwirkungen des Heilserum sollen gerade bei den Mischinfektionen am stärksten zum Ausdruck kommen.

Kühnau (28) konnte in 5 Fällen schwerster, tödtlich verlaufender Diphtherie neben dem Löffler'schen Bacillus eine Proteusart nachweisen. Das Bacterium, das von K. genau studirt wurde, war für Meerschweinchen und Mäuse pathogen und rief namentlich im Verein mit Diphtheriebacillen schwere hämorrhagische Infiltrationen und gangränöse Processe hervor. Es hat den Anschein, als ob der Diphtheriebacillus durch seine Stoffwechselprodukte oder durch gewisse nekrotisirende Gewebeveränderungen, die er erzeugt, für den Proteus günstige Vegetationbedingungen schafft.

Bei 25 Kranken mit Diphtherie und Angina, die von Stoecklin (29) untersucht wurden, fanden sich in den Belägen Hefezellen. Die genauere Durchforschung ergab, dass es sich um Zellen des Soorpilzes handelte, der in 16 Fällen gezüchtet werden konnte. Die verschiedenen Erkrankungen lagen räumlich und zeitlich weit auseinander. In 10 Fällen fanden sich neben dem Soorpilz Diphtheriebacillen. Der Soorpilz war an und für sich für Thiere nicht pathogen; er wurde es aber durch Zusammenwirken mit dem Diphtheriebacillus, dessen Giftigkeit er erhöhte.

Im Untersuchungsamte der Stadt Bern fand sich vom November 1896 bis zum Januar 1897 unter 500 diphtherieverdächtigen Fällen der Löffler-Bacillus 330mal und 37mal Saccharomyces albicans. Dieser war bei etwa 5% der Anginen und Diphtherieerkrankungen vorhanden. Das Zusammenwirken des Soorpilzes giebt den gewöhnlichen Anginen ein Ansehen, das der Diphtherie täuschend ähnlich ist. Die mit Soor gemischte Diphtherie und Angina befällt vorwiegend junge Kinder und nimmt einen schweren Verlauf. Klinisch ist die Anwesenheit des Soorpilzes in der Diphtheriemembran nicht zu diagnosticiren.

Shattock (30) leitete über Bouillonculturen von Diphtheriebacillen mit geringer Virulenz Luft aus Schleussen, Closets, Abfallrohren. Die Giftigkeit der Bacillen nahm dabei nicht zu, selbst wenn der Versuch 2 Monate lang fortgeführt wurde.

Dzierzgowski und Onufrowicz (31) liessen durch isolirte Organe (Muskeln, Leber, Niere, Milz) toxinhaltiges Blut strömen. Das Diphtheriegift wurde dabei weder zerstört, noch zurückgehalten, noch in Antitoxin umgewandelt. Nach Versuchen an immunisirten Thieren kann jedoch die Möglichkeit, dass Toxin in den Nieren in Antitoxin umgewandelt wird, nicht ganz von der Hand gewiesen werden.

Wenn Flexner und Anderson (32) Kaninchen Diphtheriereinculturen in die Luftröhre einspritzten, entwickelte sich daselbst keine Pseudomembran. Dagegen bekamen die Thiere lobuläre Pneumonien. Nach kurzer Zeit durchbrachen die Bacillen die Lungen und waren auch in anderen Organen nachzuweisen. Die Zahl der Bacillen nahm aber innerhalb des Körpers erheblich ab. In den Lungen fanden sich die Bacillen vielfach in Alveolarepithelien eingeschlossen.

Durch *Diphtheriegift* lassen sich am Auge bei Kaninchen, wie Morax und Elmassion (33) im Anschlusse an die Untersuchungen von Coppez zeigten, genau dieselben Veränderungen hervorrufen wie durch lebende Culturen von Diphtheriebacillen. Es entsteht, auch wenn das Epithel unverletzt ist, echte Conjunctivaldiphtherie. Oertliche Verletzungen des Epithels begünstigen allerdings die Entstehung der Erkrankung. Bei unverletztem Epithel muss der Contact des Giftes 8—10 Stunden lang unterhalten werden, wenn das Maximum der Wirkung erreicht werden soll. Das Diphtheriegift muss bei den Versuchen soweit verdünnt sein, dass durch die Absorption keine Allgemeinvergiftung eintritt. Analoge Versuche, die an der Schleimhaut der Luftröhre ausgeführt wurden, schlugen fehl.

Um eine Vorstellung über die örtliche Wirkung des Diphtheriegiftes zu gewinnen, untersuchte Douglas (34) Gewebe, in das Diphtheriegift

oder ein Gemisch von Diphtheriegift und -Gegengift eingespritzt worden war. Er fand in beiden Fällen degenerative Zellenveränderungen, keine Proliferationvorgänge. Aus diesen Befunden kann der Schluss auf die Neutralisation des Giftes durch das Gegengift nach dem Vorgange eines chemischen Processes *nicht* gezogen werden.

Die *Herzwirkung des Diphtheriegiftes* studirte Rolly (35) am isolirten Herzen des Warmblüters. Er zieht aus seinen Experimenten folgende bemerkenswerthe Schlüsse: „1) In der Diphtherievergiftung schliesst sich an das Absinken des Blutdruckes durch Lähmung des vasomotorischen Centrums unmittelbar auch Herzlähmung an, und führt trotz künstlicher Respiration rasch zum Herzstillstand. 2) Diese Herzwirkung des Giftes ist eine direkte und tritt auch unabhängig vom Centralnervensystem am isolirten Warmblüterherzen auf. 3) Die Lähmung des Herzens entwickelt sich zu einem bestimmten Zeitpunkte nach der Vergiftung nach einem langen Stadium der Latenz. Auch die direkte Injektion von Diphtheriegift oder Transfusion agonalen Diphtherieblutes schädigen das isolirte normale Kaninchenherz nie unmittelbar; stets ist für den Eintritt der Wirkung eine längere Latenzzeit nothwendig. 4) Hingegen stellt das nach Diphtherievergiftung isolirte Herz auch dann seine Funktion zu dem zu erwartenden Zeitpunkt ein, wenn es nach Beginn der ersten Erscheinungen oder noch vor denselben mit normalem Blut ausgespült wird. 5) Dieses Verhalten des diphtherievergifteten Herzens führt zu der Annahme einer allmählich erfolgenden Aufnahme und Fixation des Giftes im Herzen und liesse es verständlich erscheinen, dass sich auch nach dem Ablauf der akuten Infektion noch funktionelle Störungen von Seiten des Herzens einstellen können."

Das Wesen der *diphtherischen Herzerkrankung* besteht nach der Ansicht von Ribbert (36), die sich auf die histologische Untersuchung von 4 aus verschiedenen Stadien (2. bis 9. Woche) der Erkrankung stammenden Herzen stützt, nicht in einer primären interstitiellen Myokarditis. Das Diphtheriegift wirkt in erster Linie auf die Muskelzellen schädigend und veranlasst eine fettige oder wachsartige Degeneration. (Letztere überwog.) Mit der Resorption der zerfallenen Massen geht parallel eine Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes mit Ausgang in Schwielenbildung. Von dieser trennt R. die zellige Infiltration, die nicht der wesentliche Ausdruck einer interstitiellen Entzündung, sondern einer Bildung lymphatischer Herdchen ist. Solche können sich überall da bilden, wo schon in der Norm kleine, oft schwer nachweisbare Bezirke adenoider Substanz sich vorfinden.

Pankreassaft schwächt nach den Versuchen von Charrin und Levaditi (37) das Diphtheriegift ab, und zwar vermöge seines diastatischen Fermentes. Daraus erklärt es sich, dass das Diphtheriegift und andere Bakteriengifte im Magendarmkanale an Wirksamkeit einbüssen.

Cobbett (38) fand, dass Ratten nur relativ unempfindlich sind gegenüber der Wirkung des Diphtheriegiftes. Sie unterliegen der subcutanen Einspritzung grosser Mengen. Dabei werden die Gewebe am Orte der Einspritzung nur wenig verändert. Nekrose beobachtete C. niemals. Das Serum dieser Ratten in Mengen von 1 ccm schützt Meerschweinchen nicht gegen Giftmengen, die die tödtliche Minimaldosis um ein Weniges überschreiten.

Metin (39) fand, dass bei Kaninchen und Meerschweinchen intravenös oder subcutan einverleibte Diphtheriebacillen nur dann im Blute und den inneren Organen nachweisbar waren, wenn die Sektion längere Zeit nach dem Tode gemacht wurde. Der Bacillus scheint demnach nur postmortal in die Gewebe einzudringen. Anders verhält er sich dagegen, wenn er mit Kokken und anderen Organismen zusammen wirkt.

Aus einer Beobachtung von Mac Gregor (40), der 6 Monate lang bei einem Knaben virulente Diphtheriebacillen im Rachen nachweisen konnte, ergiebt sich die Gefahr, die die Reconvalescenten für ihre Umgebung bilden. Dass aber scheinbar Gesunde, die mit einem Diphtheriekranken in Berührung waren, ebenso gefährlich sind, beweisen auf's Neue Beobachtungen, die Meyer (41) in Basel anstellen konnte. Er untersuchte die angeblich gesunden Verwandten von 2 im Kinderspitale liegenden Diphtheriekindern und fand: 1) bei einem Bruder Rachendiphtherie (Bacillen); 2) bei einem jüngeren Bruder und 3) beim Vater keine Schleimhauterkrankung, keine Bacillen; 4) bei der Mutter im Schleime des normal aussehenden Rachens, 5) bei einer Schwester im Nasensekrete Diphtheriebacillen. Auf diese Verhältnisse ist in Basel, wie M. ausführt, in der „Verordnung betreffend ansteckende Krankheiten" gebührend Rücksicht genommen.

In einer ausführlichen Arbeit erörtern Simon und Benoit (42) nach den Erfahrungen und Studien, die sie in der grossen Cavalleriekaserne zu Lyon gelegentlich einer Diphtherieepidemie im Jahre 1896—1897 machten, die Verbreitung der Diphtherie durch verkappte Diphtheriefälle („Diphtérie larvée"). Sie verstehen darunter alle diejenigen Erkrankungen, die ätiologisch zur Diphtherie gehören, aber die klassischen Erscheinungen der Erkrankung vermissen lassen. Sie fassen demnach den Begriff der larvirten Diphtherie wesentlich weiter als Heubner, der diese Bezeichnung zuerst einführte. S. und B. beschreiben eine besondere Angina diphtheritica larvata, in deren Verlauf sie 2 Stadien unterscheiden: 1) das Stadium exsudativum proteiforme, charakterisirt durch punktförmige Ausschwitzungen, die binnen wenigen Tagen schwinden. Charakteristisch soll in diesem Stadium ein mattes opalescirendes Aus-

sehen der Schleimhaut sein. Im 2. Stadium (St. erythematosum) ist die Schleimhaut normal oder geröthet, birgt aber noch Bacillen. S. und B. fanden auf Grund ihrer bakteriologischen Untersuchungen, dass im Durchschnitte die Dauer der klassischen Diphtherie (d. h. die Anwesenheit von Bacillen) 34 Tage, diejenige der larvirten Diphtherieangina 63 Tage, der Diphtherie ohne Angina 83 Tage beträgt. Es scheint demnach, als ob die Dauer des Löffler'schen Bacillus im umgekehrten Verhältnisse steht zu der Entwickelung der klinischen Diphtherie. Hingegen schien die Virulenz der Bacillen proportional der Stärke der anatomischen Schleimhautreaktion zu wachsen. Der Bacillus fand sich bei 33% der untersuchten Soldaten mit normaler Schleimhaut, bei 40% derjenigen mit gerötheter und 44% derjenigen mit opalescirender Schleimhaut, dagegen in 75% der Erkrankungen, die mit Belägen einhergingen. Die weiteren Einzelheiten der bakteriologischen Untersuchungen sind kaum von allgemeinem Interesse. Während der Dauer von Diphtherieepidemien sind auch die larvirten Diphtherieformen häufig. Sie kommen häufiger bei Erwachsenen, älteren Personen, vor. Die larvirten Formen sollen mit der Dauer einer Diphtherie zunehmen, in dem Grade, in dem die ausgesprochenen Formen abnehmen. Die larvirte Diphtherie soll ausserdem in Epidemien auftreten, die den Epidemien von ausgesprochener klinischer Diphtherie voraufgehen. Die larvirten Formen bilden gewissermaassen die Bindeglieder zwischen den einzelnen Diphtherieepidemien. Den Ausbruch der Diphtherieepidemien begünstigen Witterungseinflüsse, andere Mikroben, ungünstige hygieinische Verhältnisse. Die Isolirung der verdächtigen Individuen ist das beste Mittel zur Verhütung einer Epidemie.

Die Gefahr, die Reconvalescenten von Diphtherie für ihre Umgebung bilden, beweist auch folgende Beobachtung von Mulert (43).

Ein Dienstmädchen, das an Diphtherie litt, war aus der Greifswalder Klinik auf ihren Wunsch nach 5 Tagen entlassen worden. Sie war fieberfrei und hatte keine sichtbare Rachenerkrankung mehr. Auf dem Gute, auf dem sie in Stellung war, veranlasste sie nach ihrer Rückkehr den Ausbruch einer Epidemie. M. bedauert (ebenso wie Prof. Mosler in einer der Mittheilung angefügten Erläuterung), dass keine gesetzliche Handhabe besteht, die die Internirung der Diphtheriereconvalescenten in den Krankenhäusern durchführbar erscheinen lässt.

Auch Fibiger (63) betont mit Nachdruck, dass die Isolirung aller Individuen, die Diphtheriebacillen bergen, zur Bekämpfung der Diphtherieepidemien unbedingt nothwendig ist. Das Studium einer Diphtherieepidemie im Gymnasium zu Herlufsholm führte ihn zur Aufstellung folgender Sätze: „1) Epidemien von Diphtherie können mit Erfolg nur durch Isolation von Individuen mit Diphtheriebacillen im Schlunde und Desinfektion der Lokalitäten bekämpft werden. 2) Der praktischen Brauchbarkeit der Methode stehen grosse Schwierigkeiten entgegen, zum Theil, da es nur nach wiederholten Untersuchungen möglich ist, alle bacillentragenden Individuen auszusondern, besonders aber, da man sehr viele Individuen zu isoliren und einzelne derselben, bei denen die Bacillen sehr lange peristiren, sehr lange Zeit zu isoliren genöthigt sein kann. — Diese Schwierigkeiten müssen jetzt betont werden, denn die Isolation solcher Individuen ist nicht nur ein Vorschlag, sondern eine drohende hygienische Doctrin. Man kann somit C. Fränkel völlig beipflichten, wenn er hervorhebt, dass die ideale Isolation aller bacillentragenden Personen zur Zeit nicht in ihrem vollen Maasse durchgeführt werden kann. 3) Diphtheriebacillen mit voller Virulenz für Meerschweinchen sind nachgewiesen im Schlunde eines 16jähr. Knaben ca. 9 Monate nach abgelaufener Diphtherie. 4) Die Diphtheriebacillen schwinden bisweilen vom Schlunde, wenn die bacillentragenden Individuen Kokken- oder Streptokokkenangina bekommen."

Gelegentlich der Berathung und Empfehlung eines Entwurfes zur Prophylaxe der Diphtherie geben E. Hagenbach-Burckhardt und Albrecht Burckhardt (44) ihren Ansichten über diesen Gegenstand Ausdruck. Ersterer erörtert mehr die theoretische Seite der Frage, indem er mit Recht betont, dass unsere Maassregeln nur dann wirksam sein werden, wenn sie sich auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung stützen. E. Burckhardt bespricht die praktischen Vorschläge, und zwar: 1) *Das Verhalten des Kranken und seiner Umgebung.* Die Kranken sollen thunlichst isolirt werden. Bei Gefahr für jugendliche Angehörige des Haushaltes wird die Spitalbehandlung anempfohlen, bei Gefahr für weitere Kreise wird letztere jedoch obligatorisch gemacht. Die Ueberführung in's Spital geschieht unentgeltlich in einem besonderen Wagen. Die Genesenen treten erst nach gründlicher Reinigung in den Verkehr. Für Lehrer und Schüler ist eine 10tägige Carenzzeit nach dem Verschwinden der Bacillen vorgesehen. Die Verstorbenen dürfen durch Angehörige nicht besichtigt werden. Wenn kein besonderer Raum vorhanden ist zur Aufbewahrung der Leiche, muss diese in das Leichenhaus überführt werden. Die im Spitale Verstorbenen werden von hieraus beerdigt. Die Pfleger sollen möglichst wenig mit dem Publicum verkehren, vor Verlassen des Krankenzimmers ihre Kleider wechseln und ihre Hände waschen. Die gesunden Angehörigen des Haushaltes sind vom Arzte zu controliren und zum Gurgeln anzuhalten. Unter Umständen sind Schutzimpfungen vorzunehmen. Das Auslogiren von Kindern ist nur dann rathsam, wenn keine Verschleppungsgefahr besteht. Schüler, Lehrer, Pfarrer, in deren Familie Diphtherie vorgekommen ist, müssen 14 Tage lang den Schulen, Bewahranstalten, Krippen und ähnlichen Anstalten fern bleiben. Bei genügender Isolirung der Kranken ist der Besuch der mittleren und höheren Schulen frei gegeben. 2) *Beseitigung des Infektionsstoffes:* a) während der Krankheit sind

die Gebrauchsgegenstände und die Umgebung des Kranken sorgfältig, mit Seifenlösung zu reinigen; b) nach Ablauf der Erkrankung stehen die Einrichtungen des „Sanitäts-Departements" zur Desinfektion unentgeltlich zur Verfügung. Bei Todesfällen ist die amtliche Desinfektion obligatorisch, bei sonstigen schweren Fällen ist sie dringend zu empfehlen; bei leichteren Fällen sind die im Krankenzimmer vorhandenen Gegenstände einer Reinigung zu unterziehen, die je nach Beschaffenheit der Stoffe trocken oder feucht zu geschehen hat.

Zum Schlusse macht Physicus Dr. Lotz statistische Angaben über das Verhalten der Diphtherie in Basel, aus denen hervorgeht, dass die Krankheit in den letzten Jahren in erheblicher Zunahme begriffen ist.

Arnozan (45) berichtet über eine Stillende, die an Diphtherie erkrankte, eine langwierige Erkrankung durchmachte und langsam genas. Die Prüfung der Milch ergab, dass sie für Meerschweinchen giftig war.

Ein 3jähr. Pat. von Burnett (46) bekam im Verlaufe einer Rachendiphtherie Ausfluss aus der Nase und den Ohren. Im Rachen waren Bacillen vorhanden. Als der Knabe einen Rückfall bekam, wurden auch im Sekrete der Nase und der Ohren Bacillen gefunden. B. glaubt, der Rückfall sei auf eine Autoreinfektion durch das Nasen- und Ohrensekret zurückzuführen. Die Beseitigung der Bacillen aus den Ohren war schwierig. Wasserstoffsuperoxyd versagte, während Formaldehyd befriedigende Wirkung hatte.

Kassel (47) beschreibt ein 12jähr. scrofulöses Mädchen mit primärer Nasendiphtherie. Diphtheriebacillen wurden nachgewiesen. Serumbehandlung beseitigte die örtlichen Erscheinungen. Die Bacillen schwanden erst nach Einleitung örtlicher Behandlung.

Broeckhaer (48) berichtet über einen 18jähr. Menschen mit primärer Diphtherie der Rachenmandel. Bacillen wurden nachgewiesen. Die Erkrankung verlief sehr gutartig. Wegen der Gefahr der Weiterverbreitung sind diese Erkrankungen mit mildem Verlaufe sehr beachtenswerth.

Ein 10jähr. Mädchen, das Müller (49) behandelte, erkrankte mit Schmerzen an den Geschlechtstheilen. 2 Tage später Halsschmerz, kein Fieber. Die Untersuchung ergab eine schmierig belegte Wunde am linken Fusse, eine Paronychie des linken Daumens, geringen grauweissen Belag auf der rechten Mandel. An den Geschlechtstheilen starke Entzündung der Clitoris, 2 grosse Geschwüre an der rechten Schamlippe und an der hinteren Commissur, an den Nates. Starke Entzündung der grau-weiss belegten Scheidenschleimhaut. Aus dem Eiter, der von der Paronychie und den Genitalgeschwüren stammte, fanden sich Diphtheriebacillen, im Rachenbelage Bacillen und Kokken, im Sekrete der Fusswunde keine Bacillen. Serumbehandlung, Heilung. M. glaubt, dass die Rachendiphtherie die primäre Erkrankung war. In einer frisch geöffneten Eiterpustel fanden sich Diphtheriebacillen in Reincultur ohne Kokken.

Coues (50) beschreibt 2 kleine Mädchen mit Diphtherie der Vulva. Bacillen wurden nachgewiesen. Bei dem einen Kinde war der Hals frei, bei dem anderen war die Rachenschleimhaut geröthet und mit Bacillen behaftet. Zudem bestand Nasenausfluss.

3 Fälle von hämorrhagischer Diphtherie beobachteten Parfitt und Stephens (51).

Bei dem 1. Kr. wurden während des Lebens im Blute, nach dem Tode in der Milz Diphtheriebacillen gefunden.

Der 2. Kr. (13monatiges Kind) bekam im Verlaufe der Diphtherie (Bacillen nachgewiesen) einen purpuraähnlichen Ausschlag. Vor dem Tode, der in Folge von Herzschwäche eintrat, setzten cerebrale Erscheinungen ein. Das Kind war mit Serum behandelt worden, das bei 3 anderen Kindern nur eine gewöhnliche Urticaria hervorrief. Die Untersuchung des Blutes und der inneren Organe ergab die Anwesenheit von Pneumokokken. Diphtheriebacillen fehlten.

Bei dem 3. Kr. war die Septikämie durch Diphtheriebacillen und Streptokokken bedingt.

P. und St. betonen, dass sie sehr häufig echte Löffler-Bacillen in den Lungen fanden.

Bei der *Sektion* eines 5jähr. Knaben, der nur kurze Zeit im Spitale gelegen hatte, fand Preisz (52) eine schwere Septikämie und Endocarditis ulcerosa. In den Auflagerungen fanden sich spärliche Kokken und Pseudodiphtheriebacillen, welch' letztere nach Ansicht Pr.'s die Endokarditis erzeugten. Eine ähnliche Beobachtung ist von Howard mitgetheilt worden. Echte virulente Diphtheriebacillen können nach Pr. keine Endokarditis erzeugen, da sie im Gegensatze zu den Pseudobacillen negative Chemotaxis aufweisen. Aus der Rachenhöhle des Kindes konnten Bacillen nicht gezüchtet werden. Wahrscheinlich waren sie aber von einem Geschwüre auf der rechten Mandel in den Körper eingedrungen.

Woollacott (53) fand bei 3 an schwerer Diphtherie erkrankten Kindern Thrombenbildung im Herzen. Vor dem Tode waren bei allen Kranken Zeichen von Herzschwäche, bei einem heftiger epigastrischer Schmerz aufgetreten.

Steffen (54) konnte bei einem 3jähr., an Diphtherie erkrankten, tracheotomirten Knaben die Entwickelung einer Herzerweiterung beobachten, die sich zurückbildete. Es stellte sich ein systolisches Geräusch an der Spitze ein. Nach $4^1/_2$ Jahren fanden sich bei dem Kinde die klassischen Zeichen der chronischen Mitralinsufficienz. St. glaubt, dass es sich um eine Wundendokarditis handelte, die auf die Klappe überging und deren Schrumpfung bewirkte. Auf bleibende Herzstörungen nach Diphtherie hat zuerst Richard Schmaltz aufmerksam gemacht.

Woodhead (55) berichtete vor der British medical Association, dass von 5068 Kranken mit bacillärer Diphtherie in London im Jahre 1896 1362, von 1764 Kranken ohne Bacillen *177 Lähmungen* bekamen. Von jenen 1362 Kranken waren 1096 mit Serum (273 Todesfälle), 266 ohne Serum (49 Todesfälle), von diesen 1764 Kranken hingegen 89 mit Serum (31 Todesfälle), 88 ohne Serum (28 Todesfälle) behandelt worden. A. Miller beobachtete 1896—1897 im South Eastern Hospitale 494 Lähmungen, und zwar 185mal Gaumenlähmung, 197mal Strabismus, 10mal Lähmungen anderer Muskeln, 102mal Herzschwäche, die in 91 Fällen zum Tode führte. Er macht weitere Angaben über den zeitlichen Eintritt der einzelnen Lähmungsformen, woraus hervorgeht, dass die meisten Lähmungen zwischen Ende der 1. und Ende der 3. Krankheitwoche zur Beobachtung kamen. 1mal wurde Gaumenlähmung am 60. Tage, Augenlähmung am 91. Tage gesehen. Die Herzlähmung stellte sich meist zwischen dem 5. und 10. Tage, selten schon am 2. Tage ein, 1mal am 54. Tage. Bedrohliche, vorübergehende Herzschwäche bekam ein Kranker noch am 91. Krankheittage. Bezüglich der anatomischen Verhältnisse wird angenommen, dass zunächst die Nervenzellen

geschädigt werden. Später degeneriren sekundär die Nervenfasern. Dann stellen sich erst die klinischen Erscheinungen der Lähmung ein. Bei Thieren, die zur Messung der Stärke des Heilserums nach der neuen Methode Ehrlich's benutzt werden, stellen sich häufig Lähmungen ein. In der Verhandlung wurde betont, dass seit Anwendung des Serums Lähmungen nicht mehr so häufig seien. Das Serum müsse frühzeitig angewendet werden, ehe degenerative Processe sich entwickelt haben.

Englisch (56) hatte einen 25jähr. Kr. mit Cystitis und vollständiger Blasenlähmung. Diese führte der Kr. auf eine im 10. Lebensjahre überstandene Diphtherie zurück.

Ripperger (57) hält von der örtlichen Behandlung der Diphtherie nichts, wendet sie aber zuweilen aus Politik an (!). Die Serumbehandlung hält er für die beste. Die warm empfohlene Myrrhentinktur hat ihm in 300 Fällen keine befriedigenden Erfolge ergeben.

Sziklai (58) vertheidigt die von ihm empfohlene Pilocarpinbehandlung des diphtherischen und nicht diphtherischen Larynxcroup. Mäser, Rosenfeld, Stadler hatten schlechte, Söderberg gute Erfahrungen damit gemacht.

Remigio Stecchi (59) giebt der Tracheotomie vor der Intubation den Vorzug, da bei letzterer Operation leichter unvorhergesehene Zufälle eintreten, die von der Geschicklichkeit des Arztes nicht abhängig sind.

Ausset (60) vermochte, nachdem der Tubus bei einem Kr. 132 Stunden gelegen hatte, wegen bedrohlicher Asphyxie nicht zu extubiren. Der Kr. ging an Glottiskrampf zu Grunde. Bei der *Sektion* fanden sich Druckgeschwüre im Kehlkopfe.

Eine Beschreibung des grossen Inhalationapparates im Diphtheriepavillon des Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhauses in Berlin giebt Baginsky (61). Durch eine (patentirte) Besonderheit der von der Firma *Lautenschläger* gelieferten Einrichtung wird die Abkühlung des Dampfes verhütet.

Schlesinger (62) empfiehlt die Anwendung der Intubation im Privathause, wo er sie 4mal mit Erfolg durchführte. Vorbedingung ist die Anwendung des Heilserums. Brückner (Dresden).

570. **Ein Fall von Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung, nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandcarbunkels**; von Dr. Rammstedt. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19. 1899.)

Da die Pustula maligna der Schleimhäute und besonders der Zunge eine seltene Erkrankung und die Prognose meist sehr ungünstig ist, gewinnt der vorliegende Fall, in dem es unter conservativer Behandlung zur Heilung kam, besonderes Interesse. Neben allen Zeichen einer schweren Mundbodenphlegmone fand man an der unteren Fläche der Zunge, etwa 1 cm hinter der Zungenspitze, eine tief eingezogene, gut markstückgrosse, beinahe kreisrunde, schwarzbraune, brandige Stelle, die auf den Mundboden übergriff. Sie war wie die Zungenoberfläche mit schmierigem Belage bedeckt. Das Fehlen jeder Fluktuation und zweitens die rapid fortschreitende Nekrose der Zungenspitze und die weit ausgedehnte Infiltration des Gesichtes und des Halses machten die Diagnose Anthrax wahrscheinlich. Die bakteriologische Untersuchung wies in den losgelösten Gewebetheilchen, nicht aber im Blut und Sputum, Milzbrandbacillen nach. Da die Erfahrung lehrt, dass die Gangrän sich bei Milzbrand immer in überraschend mässigen Grenzen hält, wurde von jedem chirurgischen Eingriffe abgesehen, um eine Allgemeininfektion nicht zu fördern.

H. Beschorner (Dresden).

571. **Hämatom der weichen Hirnhaut beim Milzbrand des Menschen**; von Dr. Ernst Ziem. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19. 1899.)

Nach einer Pustula maligna der linken Wange mit ausgedehntem Oedem des Gesichtes und Halses bestanden stärkste Blutinfiltration der weichen Hirnhaut mit zellig-faserstoffigem, bez. rein zelligem Exsudate um die pialen Gefässchen und entzündliche Veränderungen der Gefässwandungen. In dem Blutinfiltrate waren Milzbrandbacillen in grosser Zahl enthalten, zwischen den rothen Blutkörperchen, ebenso um die entzündlich veränderten Gefässe und in diesen selbst in geringer Anzahl, sowie ganz vereinzelt in den Capillaren der Hirnrinde. Von den anderen Organen wurden nur in der Milz Bacillen in geringer Menge nachgewiesen. So gross die Neigung zu Hämorrhagie bei Milzbrandinfektion ist, so ist jene doch meistens capillär und erreicht nur äusserst selten eine derartige Grösse wie im vorliegenden Falle. Z. hält die Milzbranderkrankung der Pia-mater für eine auf dem Lymphwege zu Stande gekommene Metastase, die ihren Ausgang von der lokalen Infektion auf der linken Wange genommen hat. H. Beschorner (Dresden).

572. **Drei seltene Fälle von Complikationen bei Masern**; von A. D. Sotow in Petersburg. (Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 1. 1899.)

1) Ein 1jähr., erblich nicht belasteter Knabe wurde 1 Monat nach der Masernerkrankung von Zittern befallen, zunächst in den linken Gliedmaassen, später am Kopfe, schliesslich auch an den rechten Extremitäten. Keine Störung der Sensibilität, keine Lähmungen und Contrakturen. Unter Verabreichung von Natrium bromatum in 6 Wochen Heilung. Als Ursache der Störung sieht S. die Erschöpfung des Nervensystems durch die Masern an.

2) Ein 4jähr. Knabe bekam im Prodromalstadium und während der Masernerkrankung epileptische Anfälle, die nach 3wöchiger Ruhe wiederkehrten. Dabei war das Kind psychisch verändert. Zustände von Apathie wechselten mit Anfällen starker Erregung, Bewusstseinstörung ab. Im Stuhle Eier von Taenia nana. Die Abtreibung des Parasiten misslang. Das Kind wurde ungeheilt entlassen. S. erklärt den Zustand für „schnell vorübergehende akute Psychose maniakalischen Charakters“, die der Maserninfektion, nicht der Anwesenheit des Bandwurms zugeschrieben werden muss. Im Anschlusse an diese Beobachtung bespricht S. die einschlägige Literatur.

3) Ein 9jähr. Mädchen bekam während der Masern Kopfschmerzen und Erbrechen. Allmählich nahm das Sehvermögen erheblich ab. Als Ursache der Sehstörung wurde eine Retinitis albuminurica festgestellt. Im Urin war niemals Eiweiss gefunden worden. Ebenso fehlten Cylinder und Nierenepithelien. Mit Rücksicht hierauf benennt S. die Affektion Retinitis pseudoalbuminurica. Ein Fall von echter Retinitis albuminurica nach Masern ist von Horner beschrieben worden.

Brückner (Dresden).

573. **Ueber zwei Fälle von Tetanie**; von Dr. Fritz Ast. (Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 193. 1899.)

Von den beiden Tetaniekranken A.'s, von denen einer als geheilt entlassen wurde, der andere gebessert sich

der Beobachtung entzog, war der erste in Folge einer einige Monate vorher vorgenommenen Schilddrüsenexstirpation erkrankt, der zweite muss dagegen als echter Fall von idiopathischer Tetanie aufgefasst werden, obwohl das für die Diagnose einer Infektionkrankheit immerhin werthvolle Symptom des epidemischen Auftretens fehlt. Bezüglich des Wesens der Tetanie und des Sitzes der Erkrankung, über die bisher noch keine Einigung erzielt werden konnte, geben auch diese Fälle keinen Aufschluss. A. führt die bisher maassgebenden Ansichten an, ohne sich einer derselben anzuschliessen.

H. Beschorner (Dresden).

574. **Sur quelques cas d'albuminurie familiale (forme intermittente)**; par Paul Londe. (Arch. gén. de Méd. N. S. II. 3. p. 257. Sept. 1899.)

In 6 bezüglich des Nervenzustandes *erblich* stark *belasteten* Familien beobachtete L. an den Abkömmlingen (Kindern und Geschwisterkindern) wiederholte, aber flüchtige Anfälle von Eiweissharnen, die (abgesehen von Magenbeschwerden) keine schwereren Störungen verursachten, keine Nierenerkrankung hinterliessen und offenbar von keiner Nierenerkrankung verursacht waren. Rückfälle der in der Jugend auftretenden Störung waren häufig und traten bei weiblichen Kranken unter Anderem auch anlässlich einer Schwangerschaft oder Störung des Monatsflusses wieder auf.

L. hält diese Störung für eine *Entartungserscheinung*. Radestock (Blasewitz).

575. **Sulla cura della pneumonite**; per E. De Renzi. (Policlin. V. 5. p. 101. 1898.)

Der Neapolitaner Kliniker tritt mit Nachdruck für die Serumbehandlung der Lungenentzündung ein. Seit 1896 wendet er das Pane'sche Serum mit Vorliebe bei schwer Kranken an und mit sehr gutem Erfolge: die früher 24% betragende Mortalität sank auf 9%. Nach der Einspritzung einer hinreichenden Menge des Serum wurde stets ein bedeutender Temperaturabfall beobachtet und oft trat dauernde Entfieberung ein, obgleich der Process in den Lungen noch nicht abgelaufen war. Ausserdem wurde das Allgemeinbefinden der Kranken auf das Günstigste beeinflusst. Der Verlauf der Lungenerkrankung selber schien allerdings kaum abgekürzt zu werden. Zwei ganz schwer Kranke wurden durch intravenöse Einspritzungen gerettet.

De R. hält nach seinen Erfahrungen die Serumbehandlung der Lungenentzündung für das einzige rationelle und das bei Weitem wirksamste Heilverfahren und hofft, dass die neue Methode sich auch bei der Behandlung der vielen anderen auf Pneumokokkeninfektion beruhenden Krankheiten bewähren werde. Janssen (Rom).

576. **Gangrène curable des poumons de Lasègue un mode de gangrène du poumon dépendant de la modification des extrémités dilatées des bronches de Briquet**; par le Dr. Noïca. (Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 643. 1899.)

Die Untersuchungen N.'s deuteten darauf hin, dass bei aller Aehnlichkeit, die die faulige Luftröhrenentzündung (nach Lasègue) und der wirkliche Lungenbrand (nach Briquet) haben und, obwohl beide scheinbar durch *ein und dasselbe Gift* verursacht werden, sie sich doch *im Verlaufe scharf unterscheiden;* denn während erstere zur Heilung neigt, verläuft letzterer tödtlich. Indess kann die letztere Form (in Folge Durchbruchs einer Höhlung) aus der ersteren, meist unter dem Bilde des Rückfalls, hervorgehen.

[Eingehende Untersuchungen über den, bez. die Krankheiterreger mangeln bedauerlicher Weise dieser sonst gründlichen Arbeit. Ref.]

Radestock (Blasewitz).

577. **Di un caso singolare di alterazione del ritmo respiratorio, osservato in un choreico**; per G. B. Pignatti Morano. (Giorn. internaz. delle Sc. med. 1898.)

9jähr. nervöser schwächlicher Knabe, dessen Mutter hysterisch ist. Seit 3—4 Jahren nächtliches Aufschrecken. 4 Wochen vor dem Eintritte in die Galvagni'sche Klinik Erwachen mit starkem Angst- und Beklemmungsgefühl; sehr beschleunigte Athmung; choreatische Bewegungen mit den Armen und Händen. Den ganzen Tag bei grosser Unruhe dieselben Erscheinungen; erst Abends im Schlafe wieder ruhige Athmung. 3 Tage nach einander dasselbe Bild. Allmählich liessen die Unruhe und die ungeordneten Bewegungen nach, während die Athmungstörung noch fortbestand. Auffallend war zunächst die hohe Frequenz der Athmung (90—130), dann der vorwiegend abdominale Typus; dabei war die Respiration nicht angestrengt und im Ganzen regelmässig. Wie die Athmungscurven zeigen, handelte es sich aber nicht um eine einfache Beschleunigung der Athemzüge, sondern es wurden statt *einer* zeitlich normalen Athembewegung jedesmal 2 (zu anderen Zeiten jedesmal 3) schnell auf einander folgende ausgeführt, von denen die zweite, bez. dritte, eine etwas längere Exspiration aufwies. So kommt eine 2mal oder 3mal so hohe Athmungsfrequenz heraus. Willkürlich konnte das Kind ein paar tiefe Athemzüge machen, um aber alsbald in die gewöhnliche Art der Athmung zurückzufallen. Beim Sprechen wurde die Respiration ruhiger, so dass die Sprache nicht beeinträchtigt war. Im Schlafe hörte die Störung ganz auf (Zahl der Athemzüge dann nur 24—28); es trat aber fast regelmässig nächtliches Aufschrecken ein. Die inneren Organe unverändert, keine Nasen- und Rachenerkrankungen, auch keine sonstigen nervösen Störungen, namentlich keine hysterischen Symptome. Nach 1½ Monaten bei einer zweckmässigen Allgemeinbehandlung Verschwinden des nächtlichen Aufschreckens und erhebliche Besserung, wenn auch keine vollständige Heilung der Athmungsanomalie.

Bei der Durchsicht der einschlägigen Literatur findet P. M. nur einen einzigen von Fedeli beobachteten Fall, in dem die Athmungsform an die oben beschriebene erinnert; es handelte sich aber um eine Hysterische, bei der die Störung anfallsweise auftrat. Bei der von Ferrand beschriebenen „Chorea respiratoria" wechselten bald mehr, bald weniger (4—9) überstürzte Athemzüge mit einer tiefen Respiration ab. Demnach wäre der P. M.'sche Fall der einzige, bei dem die Monate lang in gleicher Weise fortbestehende Athmungsbeschleunigung auf eine Verdoppelung oder Verdrei-

fachung der einzelnen Respirationakte zurückzuführen wäre.

Wenn auch im Beginne der Krankheit choreatische Bewegungen zur Beobachtung kamen, so möchte P. M. die Respirationstörung bei ihrem regelmässigen Charakter doch nicht für eine besondere Form der Chorea respiratoria halten, sie vielmehr lieber den hysterischen Athmungsanomalien anreihen. Allerdings bot der Kranke keine sonstigen hysterischen Symptome; es bestand aber die erbliche Anlage und eine starke nervöse Reizbarkeit.

Janssen (Rom).

578. **The probable parental form of the sharp-tailed Filaria found in the blood of the aboriginals of British Guiana**; by C. W. Daniels. (Brit. med. Journ. June 17. 1899.)

Die Filariaembryonen kommen im Blute der Eingeborenen von Britisch Guiana in 2 Formen, der spitz- und der stumpfgeschwänzten, vor. Als Eltern der stumpfgeschwänzten Form hat D. im Jahre 1898 (Brit. med. Journ. April 16. 1898) mehrere erwachsene Filarien bei 2 Eingeborenen beschrieben, die Manson (Ebenda Dec. 25. 1897) provisorisch als Filaria Ozzardi bezeichnet hatte. Neuerdings fand D. bei der Sektion eines 3. Eingeborenen, dessen Blut spitz- und stumpfschwänzige Embryonen enthielt, in dem subperitonäalen Zellengewebe unter der vorderen Bauchwand mehrere erwachsene Filarien derselben Art, sowie ein Weibchen und Theile eines Männchens, die die Eltern der spitzgeschwänzten Form von Embryonen zu sein schienen und der Filaria Bancrofti entsprachen. Diese Filaria, die nach Manson mit der afrikanischen Filaria perstans identisch ist, unterscheidet sich wesentlich von der anderen Form durch den kleineren Kopf, die grössere Körperlänge und die Abwesenheit von caudalen Hautanhängseln; auch ist das Schwanzende keulenförmig verdickt. Bei dem verhältnissmässig kleineren Kopfe und stärkerem Körperbau vermag diese Filaria viel leichter in das Zellengewebe einzudringen, wird daher viel schwieriger aufgefunden und ist von D. wiederholt vergebens gesucht worden. Eine genauere Untersuchung und Beschreibung des Körperbaues behält sich D. für später vor.

H. Meissner (Leipzig).

579. **Ein Fall von Balantidium coli bei einem 5jähr. Mädchen**; von Shegalow in Petersburg. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 4. p. 425. 1899.)

Sh. fand in den Ausleerungen eines an hartnäckiger Colitis leidenden 5jähr. Mädchens das Balantidium coli. Auf Grund der von ihm ausgeführten Untersuchungen und Literaturstudien kommt er zu folgenden Schlüssen: „1) Die Pathogenese des Balantidium coli kann für den Menschen nicht als erwiesen betrachtet werden. 2) Die Infektion kann nur durch incystirte Formen vor sich gehen; die Bedingungen, unter welchen sich diese Dauerformen bilden, sind wahrscheinlich ziemlich complicirt. 3) Der Parasit entwickelt sich augenscheinlich nur auf der afficirten Schleimhaut des Darmes; bei gesunden Menschen, selbst bei denen, welche die günstigste Gelegenheit zur Infektion hatten, wurde Balantidium coli nicht nachgewiesen. 4) Das Balantidium coli lebt im Schleim des Dickdarmes und die Zahl der in den ausgeschiedenen Exkrementen vorhandenen Parasiten hängt augenscheinlich von der reichlicheren oder geringeren Ausscheidung derselben ab. 5) Die Prognose bei Balantidium coli ist nicht abhängig von der Zahl der Parasiten, sondern nur allein erstens vom Allgemeinzustand des Patienten und zweitens von dem Grade der anatomischen Veränderungen im Darme. 6) Als bestes Mittel zur Austreibung der Parasiten erweist sich, entsprechend unseren Beobachtungen, die Verordnung von grossen Dosen Tannalbin und Wismuth innerlich. 7) 85% der Mittheilungen über den Parasiten stammen aus der Klinik, ein Faktum, welches darauf hinweist, dass nicht immer und nicht in allen Fällen die Ausleerungen untersucht werden. Eine solche Untersuchung ist wünschenswerth in allen Fällen von Darmerkrankungen, bei Kindern aber direkt nothwendig.“

Brückner (Dresden).

580. **Zur Casuistik der Gesichtsfurunkel**; von Dr. Lympius in Kaiserswerth a. Rh. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 2. 1899.)

Nach einem Hinweis auf die Gefährlichkeit derjenigen Schwären, die im Gesicht ihren Sitz haben, theilt L. zunächst eine Krankengeschichte mit, in der im Anschlusse an einen Gesichtsfurunkel mehrfache Gelenkvereiterungen und eiterige Mittelohrentzündung auftraten; der Fall lief in völlige Genesung aus. Bemerkenswerther ist der zweite Fall, in dem der Kranke nach scheinbarer Heilung 1/4 Jahr später an Gehirnvereiterung starb. Hier war es offenbar von den mit Eiter durchsetzten Gesichtsvenen aus zu einer eiterigen Durchsetzung der Blutleiter der harten Hirnhaut und von letzteren aus zum Durchbruch des Eiters in das Hirn gekommen.

Radestock (Blasewitz).

581. **Zur Histologie der Klauenseuche (Dermatosis zoonotica)**; von Dr. Th. Mayer. Mit 2 Tafeln. (Dermatol. Ztschr. V. 6. p. 790. 1898.)

Von der bei Thieren so häufigen infektiösen Krankheit sind nur wenige Uebertragungen auf den Menschen bekannt geworden. M. theilt einen Fall aus der Lassar'schen Klinik mit, der einen Schlächtergesellen betraf.

Dieser verletzte sich, als er mit Eingeweiden und Abfällen hantirte, die aus einem klauenseucheverdächtigen Orte stammten, an einem Drahtnagel an der linken Hand in der Gegend des Daumens. Die beiden kleinen gekratzten Stellen rötheten sich und schwollen an. Drei Tage später trat in der Mitte der angeschwollenen Partien Blasenbildung ein, die unter gleichzeitiger, scharf begrenzter Erhebung der vorher nur ödematösen Umgebung

allmählich gegen den Rand fortschritt; es entstanden alsdann 2 etwa 3 mm hohe längliche Herde von 8:2.5 und 5:2.5 cm von ziemlicher Härte und blaurother Farbe auf völlig unversehrter Haut. Geringe Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Keine Störung des Allgemeinbefindens. Die Krankheitherde wurden in toto exstirpirt.

Die bakteriologische Untersuchung ergab kein Resultat. Die histologische Untersuchung zeigte, dass zunächst eine starke Hyperämie der oberflächlichen Cutisgefässe mit seröser Exsudation entstanden war, gleichzeitig hatte eine Proliferation der fixen Bindegewebezellen stattgefunden; endlich hatte auch die Epidermis, die sich zuerst eine Zeit lang passiv verhalten hatte, begonnen, mächtig zu wuchern; dazu waren alsdann parakeratotische Vorgänge getreten. Wermann (Dresden).

582. **Die Haut bei schwangeren und genitalkranken Frauen**; von Dr. Hermann W. Freund. (Verhandl. d. deutschen dermatol. Gesellsch. 6. Congress p. 408. 1899.)

Fr. hat seit Jahren als constantes Symptom der Haut bei Schwangeren den Dermographismus beobachtet. Streicht man mit dem Fingernagel oder einem Bleistiftende sanft über die Haut, so entsteht nach einigen Sekunden eine rosarothe Zeichnung, die immer stark gefärbt erscheint und sich aus dem Niveau der Haut erhebt. Nach 10 Min. verschwindet die Erscheinung wieder, kann aber bis zu 3 Stunden bestehen. Häufig ist die rothe Zone rechts und links von einer anämischen Linie begrenzt. Lieblingsstellen für den Dermographismus sind die Haut der Brust, besonders über dem Sternum, die des Rückens, besonders zwischen und über den Schulterblättern nnd die des Bauches, die dem jeweiligen Stande des Fundus uteri entspricht. Die Erscheinung tritt schon in der ersten Zeit der Schwangerschaft auf und hält bis durch das Wochenbett an. Der Dermographismus ist jedoch nicht für die Schwangerschaft charakteristisch, er zeigt sich bei Frauen zur Zeit der Menstruation, wenn auch in geringeren Graden; bei Personen mit Krankheiten der Ovarien oder ihrer direkten Umgebung; nach Entfernung der Ovarien und im Klimakterium erlischt diese Disposition der Haut. Bei Chlorotischen fehlt sie ebenfalls. Diese Befunde weisen auf einen entscheidenden Einfluss der Eierstocksfunktion auf die physiologischen, speciell die periodischen Veränderungen im weiblichen Körper hin, die alle Generationvorgänge charakterisiren.

Eine lebhafte Mitbetheiligung der Haut an Veränderungen der inneren Genitalorgane, vielleicht eine gewisse constitutionelle Schwäche der Haut, beweist ferner das ungemein häufige Auftreten von multiplen kleinen Hauttumoren (kleinen Angiomen, pigmentirten Warzen, Naevis, seltener grösseren Fibromen, Lipomen, Cavernomen) bei Frauen mit Tumoren der inneren Geschlechtsorgane.

Endlich werden bei weiblichen Geschlechtskrankheiten noch Ausschläge, abnorme Behaarung und Schuppenbildung beobachtet.

Wermann (Dresden).

583. **1) Ueber eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen**; von Audry. Mit 1 Tafel. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 3. p. 101. 1899.)

2) Ueber die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes *(Notiz zum vorstehenden Aufsatze von Audry)*; von Delbanco. (Ebenda p. 104.)

1) Fordyce beschrieb 1896 folgende Veränderung: Es findet sich überaus häufig bei männlichen Erwachsenen, spärlich bei weiblichen, selten beim Greise und nur ganz ausnahmeweise beim Kinde, eine Anomalie der Lippen- und Mundschleimhaut, die sich unter dem Bilde miliarer, feinster, gelbweisser, unmittelbar unter dem Epithel liegender Körnchen darstellt. Audry untersuchte eine derartige Schleimhautstelle mikroskopisch und fand, dass jedes Körnchen einer Talgdrüse oder einem Talgdrüsenläppchen entsprach. Es handelte sich theils um subepitheliale normale Talgdrüsen, theils um sowohl atrophische als gut entwickelte, wenn auch kleine, intraepitheliale (inmitten der tiefen Schichten des Epithels gelegene) Talgdrüsen. Alle Drüsen hatten Ausführungsgänge. Haare fehlten, doch zeigten einige der besser entwickelten subepithelialen Drüsen im Ausführungskanal eine Garbe durch Pikrocarmin stark gelb gefärbter Schüppchen, die sich am oberen Ende pinselförmig aufsplitterte, indem sie die Mündung des Kanals überragte. A. nimmt an, dass es sich um verirrte Keime handelt, die aus dem fötalen Leben stammen und sich in der Pubertät und zu derselben Zeit mit den Kopf- und Schnurrbarthaaren entwickeln, es sind dies Rudimente von Haaren in der Wangenschleimhaut.

Von anatomischer Seite ist das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut der Lippen festgestellt worden. Sie kommen auch auf der Schleimhaut der kleinen Schamlippen vor.

2) Delbanco berichtete im Jahre 1898 und 1899 über 2 Kranke, die die gleiche Drüsenhypertrophie der Mundschleimhaut aufwiesen. Die Körner verliefen entsprechend den gegenüberstehenden Zahnreihen und schienen durch Druckreiz entstanden zu sein. Beide Patienten litten an Quecksilbersalivation und hatten vorher diese Erscheinung nicht aufgewiesen. Die mikroskopische Untersuchung ergab hypertrophische Talgdrüsen.

Wermann (Dresden).

584. **Erythromelalgie und Hautatrophie**; von R. Schütz. (Dermatol. Ztschr. VI. 3. p. 297. 1899.)

Die 49jähr. Pat. hatte von Jugend auf viel an Malaria gelitten, seit 20 Jahren im Anschlusse an einen akuten Gelenkrheumatismus häufig arthritische Beschwerden gehabt und war schon lange sehr nervös gewesen. Vor 3½ Jahren entwickelte sich auf der Streckseite des linken Unterarmes und der linken Hand eine venöse Röthe unter häufigen Anfällen heftigster brennender Schmerzen, dabei schwollen die Venen des Handrückens an. Bewegung

und Wärme besserten den Zustand. Von vornherein bestanden auch cerebrale Symptome, Kopfschmerzen, heftiges Schwindelgefühl und Sausen im Kopfe, zuweilen Schwerhörigkeit. Gleichzeitig verschlechterte sich das Allgemeinbefinden. Das Gesicht zeigte eine blaurothe Verfärbung, namentlich der Wangen, die sich heiss anfühlten.

Neben der cyanotischen Färbung zeigte die Haut des Handrückens eine merkwürdige Faltung, Knitterung und Glanz; sie fühlte sich meist kühl, zuweilen heiss an; die Venen traten stärker hervor; am Ellenbogenhöcker fanden sich eigenthümliche bräunliche kleine Pigmentflecke. Der Zustand der Haut entsprach demnach der Erythromelalgie und gleichzeitig der diffusen idiopathischen Hautatrophie.

In der Literatur finden sich bei der Erythromelalgie des Oefteren Symptome vermerkt, die anscheinend mehr zu dem Bilde der Hautatrophie gehören, so Versiegen der Schweisssekretion und Verschwinden der Behaarung als Folge einer Atrophie der Schweissdrüsen und der Haarbälge; in einem Falle scheint sogar eine ähnliche Beobachtung vorzuliegen (Eulenburg), die Haut der Hand war eigenthümlich welk, spröde, so, als ob sie viel zu weit wäre. Bei beiden Erkrankungen scheinen Kälte und Feuchtigkeit ätiologisch wirksam zu sein. Es lässt sich hiernach annehmen, dass die chronische erythromelalgische Stauungshyperämie schliesslich zum Gewebeschwund in der erkrankten Haut führt, möglicher Weise gehört ein Theil der mitgetheilten Fälle von Erythromelalgie, die rein lokale Erscheinungen aufweisen, mehr in das Gebiet der idiopathischen Hautatrophie.

Therapeutisch war die Anwendung des galvanischen Stromes von gutem Erfolg.

Wermann (Dresden).

585. **Studien über Depigmentirungen**; von Dr. J. Fryding. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 9. p, 437. 1899.)

Auf Veranlassung Unna's führte Fr. in dessen Laboratorium Depigmentirungsversuche an dem stark pigmentirten Haar eines Japaners aus mit verschiedenen bleichenden oxydirenden Substanzen. Am kräftigsten wirkte das Natriumsuperoxyd; 0.04 mit 1 ccm Wasser (es findet dabei, eben so wie beim Baryumsuperoxyd, sogleich eine Zersetzung statt und das Hydrat geht in Lösung) brachte völlige Depigmentirung hervor in 1 Stunde, 0.02 nach 2, 0.01 nach 3 Stunden; 5proc. Calc. chlorat. entfärbte nach 3, 2.5proc. nach 4 und 1proc. nach 5 Stunden; Liquor natr. hypochlor. unverdünnt nach 5—6 Stunden; Sol. calc. bisulphuros. nach 24, Wasserstoffsuperoxyd nach 48 und Baryumsuperoxyd nach mehr als 48 Stunden.

Auf Schnitte von Negerhaut gebracht schienen diese Mittel sowohl auf das Pigment des Corium, wie das der Epidermis einzuwirken. Einspritzungen von Liqu. natr. hypochlor. in die lebende Kaninchenhaut an stark pigmentirten Stellen bewirkten eine nahezu vollständige Depigmentirung von Haut und Haaren; die herausgeschnittene Haut zeigte, mit Orcein und polychromatischer Methylenblaulösung behandelt, eine gute Färbung des wohlerhaltenen Protoplasma und Collagens. Es gelingt demnach, in vivo das Pigment des Corium und der Epidermis zu zerstören, ohne dass das Gewebe eine namhafte Beschädigung erleidet.

Wermann (Dresden).

586. **Serotaxis durch Aetzkalilösungen**, *eine neue Methode zur Diagnose und gleichzeitig zur Therapie von Hautkrankheiten (speciell des Lupus)*; von Frickenhaus. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 3. p. 121. 1899.)

Kalilauge schmilzt die Gewebe ein und leitet einen regen serösen Diffussionstrom nach der Haut. Fr. stellte in der Unna'schen Klinik Versuche an, zu diagnostischen Zwecken einen solchen Flüssigkeitstrom zu erzeugen, und konnte z. B. bei Lupus in dem hervorgelockten Serum Tuberkelbacillen nachweisen. Es wurde eine Liq. kali caust. 1, Aq. font. 3 Theile enthaltende Lösung (= 3.7proc.) benutzt bei erhaltener Hornschicht, bei zerstörter genügte eine 1proc. Lösung, isolirte Lupusknötchen in hartem Gewebe verlangten stärkere Lösungen, eventuell die officinelle Kalilauge (= 15proc.).

Für therapeutische Zwecke leisteten diese verdünnten Lösungen aber auch sehr Befriedigendes. Die officinelle Kalilauge wurde nur zur Entfernung der Hornschicht benutzt, alsdann aber mit 1—3.7proc. Lösung geätzt; der Schmerz war nach wenigen Minuten verschwunden; es wurde 2 bis 3 Tage hinter einander geätzt, alsdann 8 oder mehr Tage pausirt und hierauf das Verfahren wiederholt. Zuerst wurden feuchte Verbände, dann Salben- oder Pasten-, Leim- und Collodiumverbände angelegt. Es gelang auf diese Weise, besonders in Gruppen stehende Lupusknötchen in überraschend kurzer Zeit zu vollständiger Heilung zu bringen.

Fr. hält das Verfahren auch für angezeigt bei Ulerythem (Lupus erythematosus); er gewann aus Ulerythemserum einen eigenthümlichen Organismus, den er für specifisch halten möchte. Vielleicht ist die Methode auch bei Favus und Trichophytie der behaarten Kopfhaut therapeutisch verwerthbar. Ein seit 15 Jahren bestehendes Ekzem des Gesichts, das auf andere Mittel nur langsam reagirte, wurde im Verlauf weniger Wochen zu gänzlicher Abheilung gebracht. Die Nachbehandlung bestand dabei lediglich in der Applikation von Collodium an umschriebenen Stellen, sowie von Zinkichthyolsalbenmull.

Wermann (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

587. **Die Prophylaxe der Sepsis bei Laparotomieen und bei Eingriffen am Uterus**; von B. Credé in Dresden. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 6. p. 583. 1898.)

C. empfiehlt bei Eingriffen in der Bauchhöhle in die gefährdetsten Stellen der Höhlen und Wunden zur Verhütung der Infektion Pillen aus löslichem metallischen Silber einzulegen (enthaltend 0.05 Argent. colloid., eben so viel Milchzucker, eine Spur von Glycerin). Er hat bei 16 Bauchoperationen bis zu 4 Pillen eingelegt, glaubt aber, dass man ohne Nachtheil bis zu 10 gehen könne. Tritt trotzdem eine allgemeine Sepsis ein, so hält C. eine energische Schmierkur mit seiner Silbersalbe und eventuell nach Eröffnung der Bauchhöhle eine Auswaschung mit Itrol- oder Actollösung für angezeigt. Bei Eingriffen in der Gebärmutterhöhle führt C. 1—3 Pillen in einen Gazestreifen eingewickelt ein. Diese Gaze bleibt 5 Tage liegen. Von da ab werden entweder noch einmal Pillen eingelegt oder Ausspülungen mit Itrol 1:4—8000 gemacht oder nur äussere Reinigung vorgenommen. Zum Schlusse empfiehlt C. sein Silbercatgut und seine Silberseide. [Auffallend ist, dass trotz der von Credé seit 1896 so oft veröffentlichten Erfolge die Methode sich bei den deutschen Fachleuten wenig Eingang verschafft hat. Im anderen Falle würde man jedenfalls auch mehr von Misserfolgen gehört haben. Ref.]

J. Praeger (Chemnitz).

588. **Beitrag zur Colpo-Coeliotomia posterior, insbesondere ihre Verbindung mit der Alexander-Adams'schen Operation**; von Dr. Otto Fuchs. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 474. 1899.)

Im Breslauer Allerheiligenhospital wurde der vordere Scheidenbauchschnitt relativ selten angewandt, sehr häufig dagegen als ungleich leichterer Eingriff, der hintere Scheidenbauchschnitt. F. berichtet über 31 Fälle von hinterem Scheidenbauchschnitt mit 1 Todesfall bei echter Perimetritis mit abgekapseltem Exsudat.

In den meisten Fällen gaben Adhäsionen des Uterus und der Adnexe die Anzeige zur Operation ab. Die Leichtigkeit, mit der sich selbst verwachsene Ovarien auf diesem Wege entfernen lassen, hebt F. besonders hervor. Ferner gaben cystische Degenerationen der Ovarien, bez. Ovarialkystome Veranlassung zur Operation. Auch eine Tubengravidität wurde auf diesem Wege operirt; die schwangere Tube lag hinter dem Uterus direkt dem Douglas'schen Raume auf. Bei einer Reihe von Patientinnen wurde ferner der hintere Scheidenbauchschnitt in Verbindung mit der Alexander-Adams'schen Operation gemacht; es wurden zuerst die Adhäsionen hinten gelöst, bez. veränderte Adnexe entfernt und dann der mobil gemachte Uterus durch Verkürzung der Ligg. rotunda vom Leistenkanal aus richtig gelagert.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

589. **Ueber Eierstockstuberkulose**; von Dr. Urfey. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 78. 1899.)

U. theilt zunächst eine Beobachtung von primärer Tuberkulose der Geschlechtsorgane mit.

Eine 25jähr. Frau, seit 3½ Jahren steril verheirathet, klagte seit ¼ Jahr über Unterleibsschmerzen, besonders auf der rechten Seite. An Stelle des rechten Ovarium befand sich ein apfelgrosser unbeweglicher Tumor. Laparotomie. Bei der Enukleation des sich tief nach rechts abwärts in den Douglas'schen Raum erstreckenden Tumor platzte dieser. Typische Abbindung und Entfernung der rechten Adnexe. Vorübergehende Fiebersteigerungen. Am 19. Tage nach der Operation geheilt entlassen. Die anatomische Untersuchung ergab Tuberkulose der Tuben und Ovarien. Die Erkrankung der Ovarien war nach U. sekundär im Anschlusse an die Tubentuberkulose entstanden. Die Dicke der Bindegewebekapsel, sowie die fortgeschrittene Verkäsung sprachen dafür, dass es sich um einen schon älteren Process gehandelt hat. Das Peritonaeum zeigte keine Spur von Tuberkelbildung.

Im Anschlusse theilt U. noch einen Fall von Tuberkulose des Bauchfells mit, in dem anfangs nach dem makroskopischen Befunde auch eine Betheiligung der Ovarien angenommen war, während sich später herausstellte, dass es sich um ein typisches Endotheliom des Ovarium handelte, dessen Zellen eine auffallende Neigung zur Quellung und schleimigen Degeneration hatten.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

590. **Chlorose aiguë liée à l'existence probable d'une ovarite aiguë**; par G. Etienne et J. Demange, Nancy. (Presse méd. VII. 22. 1899.)

Bei einem 17jähr. Mädchen, das bisher gesund gewesen war, traten nach einer Fehlgeburt vor 2 Monaten mit reichlichem Blutverlust Leibschmerzen, Erbrechen, Fieber und eine Anschwellung in der linken Beckenhälfte auf, an die sich dann die typischen Zeichen der Chlorose anschlossen. Die Blutuntersuchung ergab eine Verminderung der rothen Blutkörperchen. Unter Bettruhe, Milchdiät und Ovarin besserte sich der Zustand, die anfangs geringe Periode wurde reichlicher, die Zahl der rothen Blutkörperchen nahm zu.

E. u. D. sahen die Chlorose als die Wirkung einer Selbstvergiftung durch Ausfall der Eierstocksfunktion an. Träte die innere Sekretion des Eierstocks nicht ein, so würden gewisse Körpergifte nicht zerstört. Mit Wiedereintreten der Eierstocksfunktion, die man durch Eierstockspräparate unterstützen könne, schwände die Chlorose. Als Organ der inneren Sekretion nahmen sie das Corpus luteum an. E. u. D. glauben, dass in ihrem Falle in Folge der Entzündung die innere Sekretion des Corpus luteum unterdrückt worden sei und in Folge dessen die Chlorose eingetreten sei.

[Der Fall erscheint wenig geeignet die Hypothese E.'s u. D.'s zu unterstützen. Die im Anschlusse an die Fehlgeburt eingetretene infektiöse Adnexerkrankung war zweifellos die Ursache dafür, dass der bei der Fehlgeburt stattgehabte Blutverlust nicht in der üblichen Zeit ergänzt werden konnte und die Erscheinungen der Chlorose bewirkte. Ref.]

J. Praeger (Chemnitz).

591. **Experimente zur Herbeiführung der Unwegsamkeit der Eileiter**; von L. Fraenkel. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 374. 1899.)

An einer grösseren Anzahl von Kaninchen wurde auf verschiedenen Wegen versucht, den Eileiter für Ovulum und Sperma undurchgängig zu machen. In Anwendung kamen Unterbindung, Durchschneidung und Resektion mit verschiedenen Modifikationen der Versuche. An Serienschnitten wurde später unter dem Mikroskop festgestellt, ob der Verschluss der Tube gelungen sei oder nicht. Die Resultate waren recht ungünstig. Nur in den wenigsten Fällen trat eine Atresie ein, die noch dazu bei keiner der angewandten Methoden regelmässig war. Der Kanal blieb meist durchgängig, häufig auch schnitt der Faden ein und schuf so eine neue Oeffnung. Den Operationen, auch wenn sie aseptisch verliefen, folgten ausserdem vielfach als eventuell recht unangenehme Complikationen Hydrosalpinx und peritonäale Adhäsionen. Versuche am Uterushorn, also an einem bedeutend dickeren Rohre mit grösserem Lumen als das der Tube, gaben ähnlich ungenügende Resultate.

Auf Grund dieser Versuche ist für die gynäkologische Praxis davon abzurathen, zur Herbeiführung der Sterilität sich der Tubenligatur zu bedienen. Nur die vollkommene Entfernung der Tube bei keilförmiger Excision aus dem Uterus und sorgsame Peritonäalnaht verhüten sicher die Schwangerschaft. Dasselbe Verfahren ist bei Adnexoperationen geboten, wenn man die Möglichkeit einer späteren Infektion der Bauchhöhle vom Uteruscavum aus sicher ausschalten will.

Brosin (Dresden).

592. **Les pédicules vasculaires de l'utérus.** *(Ligament large. Gaîne hypogastrique. Fossette ovarienne)*; par Pierre Fredet. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 365. Mai 1899.)

F. giebt eine genaue anatomische Beschreibung der aus dem Strang der Vasa spermatica und aus dem Hauptgefässstiel der Gebärmutter, der die Aorta und Vena uterin., die Gefässe der Scheide, der Blase und auch der Harnleiter in enger Verbindung enthält, bestehenden Blutversorgung der Gebärmutter und der fötalen Entwickelung des die Gefässe einschliessenden breiten Mutterbandes. Die die Gefässe enthaltenden Stränge dienen gleichzeitig als Befestigungsmittel der Gebärmutter, der Gefässstrang der Vasa sperm. auch zur Befestigung des Eileiters und des Eierstockes. Auf Grund der anatomischen Betrachtungen schildert F. ein Verfahren der Totalexstirpation der Gebärmutter vom Bauche aus, das ziemlich dem von Terrier ausgeübten gleicht: Zuerst wird das breite Mutterband zwischen rundem Mutterband und Eileiter jederseits gespalten; die beiden Blätter des Bandes werden stumpf getrennt und der tiefere Gefässstiel (gaîne hypogastrique) leicht freigelegt; dann werden die runden Mutterbänder, sowie die Vasa spermatica (nahe an der Beckenwand) doppelt unterbunden und durchtrennt. Beide Schnitte werden vorn verbunden und die Blase abgelöst, sowohl von der Gebärmutter als seitlich, so dass der Gefässstiel der Blase von dem utero-vaginalen entfernt wird. Ebenso wird hinten das Bauchfell angeschnitten und abgestreift und die Hinterfläche des uterinen Gefässstiels noch besser freigelegt. Jetzt hängt die Gebärmutter beiderseits nur noch am uterinen Gefässstiel. Zieht man nun die Gebärmutter stark nach oben und seitlich, so entfernt sie sich vom Harnleiter und man kann die Art. uterin. an der Stelle abbinden, wo sich der Harnleiter vom Gefässstiel trennt. Zum Schlusse bleibt noch die Eröffnung und Abtrennung der Scheide, bez. die quere Abschneidung des Gebärmutterhalses übrig, je nachdem man die völlige oder die supravaginale Exstirpation vornehmen will, und die Vereinigung der Bauchfelllappen.

J. Praeger (Chemnitz).

593. **Ein Fall von Kystadenoma papillare proliferum des Uterus**; von Dr. Karl Czerwenka in Wien. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 367. 1899.)

Im Uterus einer 55jähr. Frau, die seit 11 Monaten blutete, fand sich nahe dem Ostium tubae ein nussgrosser breitaufsitzender Tumor, der, von Schleimhaut überzogen, nur wenig in die Muskelwand eindrang. Die Neubildung setzte sich aus verschieden gestalteten, durch Muskelgewebe getrennten Drüsen zusammen, die an den Wänden oft verästelte und sich durchflechtende Papillen trugen. Die Epitheldecke der Hohlräume und der Papillen war stets einschichtig. Es wird angenommen, dass die Geschwulst in den tieferen Schichten der Schleimhaut entstanden ist und dass sie bösartig war.

Brosin (Dresden).

594. **Ein cystöser Tumor an der hinteren Bauchwand, entstanden aus Resten des Wolff'schen Körpers**; von A. Hartz in Karlsruhe. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 813. 1899.)

Ein 34jähr. Fräulein, das nie geboren hatte, von Weihnachten 1896 bis Ostern 1897 an einer „Darmerkrankung“ bettlägerig gewesen war, bemerkte seit November 1898 Stärkerwerden des Leibes und in die Beine ausstrahlende Kreuzschmerzen. Während der ersten Erkrankung und seit December 1898 Schmerzen beim Wasserlassen. Bei der Aufnahme in die M. Sänger'sche Anstalt in Leipzig fand sich der Leib ausgedehnt, wie im 8. Monate der Schwangerschaft. Die Geschwulst nahm vorwiegend die linke Seite ein. Die Gebärmutter war klein, nach rechts vorn verdrängt, links und hinten von ihr war die platte untere Kuppe der Geschwulst tastbar. Diagnose: Linkseitiges Kystoma ovar., wahrscheinlich Embryoma cystic. Fixation durch Verwachsungen (Stieldrehung?).

Bei der Operation am 1. Februar 1899 ergab sich, dass die Geschwulst, unter breiter Verdrängung von Gebärmutter und Anhängen nach vorn, im Douglas'schen Raume festsass und unter Empordrängung des S Romanum, sowie des Colon descendens der hinteren Bauchwand links seitlich von der Wirbelsäule anlag. Die Punktion ergab 1 Liter dunkler, braunröthlicher Flüssigkeit. Die Cyste wurde ausgeschält. Weder an den inneren Genitalien, noch an den Därmen liess sich eine organische Verbindung mit der Geschwulst nachweisen. Starke

Blutung aus Peritonaeum und Mesosigmoideum. Zahlreiche Umstechungen, schliesslich Fächertamponade des Douglas'schen Raumes. Verlauf günstig.

In der Cystenwand fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung zahlreiche Drüsenschläuche mit einschichtigem flimmernden Cylinderepithel, ferner Cylinderepithel auf der äusseren Oberfläche der Geschwulst, ein reichliches Netz von glatten Muskelfasern, fibrilläres und cytogenes Bindegewebe, embryonales und knorpelähnliches Gewebe, Myxomgewebe, Pigmentkörperchen und Pigmentschollen und endlich Pseudoglomeruli. Auf Grund dieser histologischen Beschaffenheit, besonders auf Grund des eigenartigen Drüsenbaues nach dem Bilde der Harnkanälchen nimmt H. an, dass die Geschwulst von Resten des Wolff'schen Körpers abstammte, und zwar, da sie an der hinteren Bauchwand sass und den Geschlechtschlauch, besonders auch Eileiter mit Fimbrien, Mesovarium und Mesosalpingium völlig frei liess, von den cranialsten Theilen des Wolff'schen Körpers.

Der eigentlichen Beschreibung der Geschwulst fügt H. eine ausführliche Uebersicht an der seit der Veröffentlichung v. Recklinghausen's über die Adenomyome und Cystadenome des Uterus und der Tubenwand, ihre Abkunft von Resten des Wolff'schen Körpers, erschienenen Arbeiten, die theils die v. Recklinghausen'sche Anschauung bekämpfen, theils, und zwar besonders diejenigen, die auf Untersuchungen von Föten und Neugeborenen eingegangen sind, sie stützen.

J. Praeger (Chemnitz).

595. **Zur Casuistik einiger seltener Ovarial- und Tuben-Tumoren**; von E. G. Orthmann in Berlin. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 771. 1899.)

1) Sarcoma ovarii et tub. sinistrae.

18jähr. Fräulein, vor 8 Wochen normal entbunden. Seit 3 Wochen Anschwellung des Leibes, Abmagerung, Erbrechen, Diarrhöe; seit 14 Tagen Husten und Auswurf, geringe uterine Blutungen. Diagnose: Tumor ovarii malignus. Bei der am 10. Dec. 1898 vorgenommenen Bauchoperation entleerte sich eine beträchtliche Menge ascitischer Flüssigkeit. Eine linkseitige, mit dem Netze stark verwachsene Eierstocksgeschwulst wurde mit dem Eileiter entfernt, eine faustgrosse retroperitonäale Geschwulst zurückgelassen. Zahlreiche Knötchen auf dem Bauchfelle. Verlauf leicht fieberhaft. Tod am 12. Tage. Die *Sektion* ergab Metastasen auf Bauch und Brustfell, Bauchfellentzündung, fettige Entartung der Leber, Nephritis parenchymat., braune Atrophie des Herzfleisches und Oedema pulmonum. Die Untersuchung des Präparates ergab, dass es sich um ein Rundzellensarkom des Eierstocks und eine sekundäre sarkomatöse Entartung der gesammten Schichten der Eileiterwand ohne jede Betheiligung des normalen Schleimhautepithels handelte.

2) Fibroma oedematosum ovarii sinistri.

44jähr. Frau, seit 1 Jahre Stärkerwerden des Leibes. Freier Ascites; mannskopfgrosse derbe Geschwulst des linken Eierstocks. Die am 24. Jan. 1898 durch Bauchschnitt entfernte Geschwulst erwies sich als ein rein diffuses Eierstocksfibrom mit Lymphektasien und ödematösen Erweichungsherden, das mit reichlicher Ascitesbildung einherging.

3) Myoma ovarii sinistri.

36jähr. Frau, hatte einmal abortirt, seit 1 Jahre Menses sehr stark. Die Untersuchung ergab ein über kindskopfgrosses Uterusmyom. Der Uterus wurde am 22. Febr. durch Amputatio supravaginalis entfernt. Der mitentfernte linke Eierstock war steinhart, seine Länge und Breite betrug 5—6 cm, die Dicke 3.5—4 cm. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass das Geschwulstgewebe des Eierstocks, derbe, rundliche Knoten von weisslicher Farbe, umgeben von einer Kapsel, an der sich ein geplatztes Corpus luteum-Hämatom, ältere Corpora lutea und zahlreiche Corpora albicantia, fanden, aus *reinem Myomgewebe* bestand.

4) Adeno-Fibroma colloides ovarii utriusque et tubae dextrae.

Doppelseitige Eierstocksgeschwulst, die O. zur Untersuchung vorlag (Anamnese nicht sicher festzustellen). Rechts 14:8—9, links 6:5 cm gross. Auf dem Durchschnitte: Geschwulst mit vereinzelten bis erbsengrossen Hohlräumen und an manchen Stellen von fein poröser Beschaffenheit. Mikroskopisch zeigte sich, dass die Geschwulst aus derbem Bindegewebe, mit drüsenähnlichen, mit Cylinderepithel ausgekleideten Hohlräumen bestand. Das Epithel war in colloider Entartung begriffen. Die knotige Auflagerung auf dem rechten Eileiter zeigte genau dieselbe Zusammensetzung.

5) Adeno-Fibroma cysticum carcinom. ovarii dextri.

61jähr. Frau, seit 12 Jahren in der Menopause, Nabelbruch seit 20 Jahren, vor 1/4 Jahre Thrombose im rechten Beine; in der letzten Zeit Kreuz- und Leibschmerzen. Am 6. April 1895 Bauchschnitt: reichlicher Ascites. Eine mannskopfgrosse steinharte, mit dem Dünndarme stark verwachsene rechtseitige Eierstocksgeschwulst, 1 1/2 mal um den Stiel gedreht, wurde entfernt. Linker Eierstock atrophisch; Bauchfell stellenweise mit kleinen Knötchen besetzt. Resektion des Nabelbruchs. Genesung. Nach 4 Jahren war die Frau noch völlig wohl. Die Geschwulst bestand aus Fasern und weichen schwammigen Theilen. Erstere bestanden aus derbem, fibrillärem Bindegewebe, letztere aus Bindegewebe mit eingelagerten drüsenähnlichen Hohlräumen, die sich an einzelnen Stellen zu Cysten erweiterten. An der Stelle der stärksten Verwachsung mit dem Darme innerhalb der Hohlräume deutliche Epithelwucherung. Von diesen Epithelherden drangen zapfenartige Ausläufer in das umgebende Bindegewebe.

6) Fibroma papillare superficiale carcinom. ovarii dextri.

43jähr. Siebentgebärende. Pat. klagte seit einiger Zeit über unregelmässige Blutungen und Kreuzschmerzen. Rechts Anhänge, besonders Eierstock, empfindlich und vergrössert. Am 16. Juni 1897 durch Colpotomia ant. Entfernung der rechtseitigen Anhänge. An der unteren Seite des entfernten Eierstocks eine breitgestielte haselnussgrosse Geschwulst. Das Grundgewebe bestand aus derbem, fibrillärem Bindegewebe. Darin lagen Herde von plattenepithelähnlichen Zellen. Die Herde hatten rundliche, ovale oder zapfenartige Gestalt; an einzelnen sah man kleine Hohlräume, die theils Fibrin, theils eine oder mehrere, beinahe eiähnliche Zellen enthielten. O. nimmt an, dass die Epithelzellen dem Keimepithel entstammen. Der Fall beweist, dass auch die derben Oberflächenfibrome krebsig entarten können.

J. Praeger (Chemnitz).

596. **Zur Operation von Ovarialkystomen von ungewöhnlicher Grösse**; von Dr. Wörner. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 325. 1899.)

W. berichtet über 4 Fälle von *ungewöhnlich grossen Ovarialkystomen* bei Frauen im Alter von 52—76 Jahren. Die eine Kranke gestattete nur die Punktion, eine andere kam erst 2 Tage nach der spontanen Ruptur zur Operation und starb. Eine 72jähr. und eine 76jähr. Frau wurden durch die Operation mit Erfolg von ihren 60 und über 100 Pfund schweren Geschwülsten befreit. Als Folge der Druckentlastung trat 1mal blutiger Durchfall ein, der bald von selbst aufhörte.

Zur *Technik der Bauchdeckennaht* betont W., dass das Zusammenlegen der schlaffen Bauchdecken in eine möglichst hohe Falte, unter Umständen das Fixiren dieser Falte durch einige Matratzennähte, sich gut bewährt hat. Die 1—2handhohe Falte wird seitlich umgelegt, gut mit Verbandmitteln ausgepolstert und durch festen Verband fixirt. Die Falte gleicht sich bald wieder aus, die Bauchdecken ziehen sich zusammen, das Unterhautfettgewebe bildet sich wieder und auch die Muskulatur scheint wieder normal zu werden.

P. Wagner (Leipzig).

597. **Zur Technik der Ovariotomie**; von G. Klein in München. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 837. 1899.)

Auf Grund eines Falles, in dem 1 Jahr nach einer von Faltin vorgenommenen Eierstocksoperation wegen multilokulären glandulären Kystoms eine krebsige Neubildung in der vorderen Bauchwand auftrat, warnt K. vor Punktion oder Incision der Geschwulst bei der Ovariotomie von oben oder von der Scheide aus und räth, jede Eierstocksgeschwulst, gleichviel, ob sie von vornherein gutartig oder nicht erscheint, unverkleinert zu entfernen. Die Thatsache, dass die primäre Geschwulst glandulär-kystomatös, die Metastase adeno-carcinomatös war, lässt nach K. zwei Deutungen zu: entweder behält die Metastase durch eine den implantirten Zellen innewohnende Wachsthumsenergie den Charakter des primären Tumor oder die Metastase entwickelt sich aus dem Endothel, bez. Epithel der Lymphbahnen unter demselben Reize, der das primär gesunde Eierstocksgewebe in ein bösartiges verwandelte. J. Praeger (Chemnitz).

598. **Ueber Corpus-luteum-Cysten**; von Dr. Eug. Fraenkel in Hamburg. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 511. 1899.)

Die aus dem Corpus luteum hervorgehenden Cysten sind entweder *Corpus-luteum-Hämatome,* in denen es durch eventuelle Erweichung des gesetzten Extravasats zur Bildung einer immer nur kleinen Höhle kommen kann und die mit der Neigung zur Umwandlung in Corpora fibrosa behaftet sind, oder es sind echte *Corpus-luteum-Cysten,* ausgezeichnet durch ein fortschreitendes Wachsthum. Die Cysten der letzten Gruppe sind wieder in epitheltragende und epithellose zu trennen. In einem von F. beobachteten Falle trug die Cyste ein flimmerndes Epithel. In 2 anderen Fällen war der Cysteninhalt vereitert. Diese Eiterungen waren ausserhalb des Wochenbettes entstanden und mit Erkrankung der Tuben verbunden. Beide Male gelang es, durch den Nachweis von Gonokokken im eitrigen Inhalte, bez. in der Abscesswand, die gonorrhoische Natur des eitrigen Processes festzustellen. Ob es sich dabei um eine Vereiterung von vorher unveränderten gelben Körpern handelte oder von solchen, die bereits cystisch umgewandelt waren, bleibt unentschieden, möglich ist gewiss Beides. Die gonorrhoische Natur dieser Abscesse erklärt zugleich ihr häufiges Vorkommen bei chronischen Entzündungen und Verwachsungen der Adnexe. Brosin (Dresden).

599. **Ein prolabirtes Corpus luteum**; von F. Schnell. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 767. Juni 1899.)

Eine ähnliche Beobachtung, wie sie Stratz beim Gespenstermaki machte (er fand ein völlig ektropionirtes, wie ein Champignon nur mit einem Stiele am Eierstocke haftendes Corpus luteum), veröffentlicht Sch., indem er das Präparat, das einer 33jähr. schwangeren Osteomalacischen entstammt, beschreibt. Es handelt sich in diesem Falle um einen theilweisen Vorfall des Corpus luteum und dessen vielleicht mechanisch nachträglich verstümmelten Entartungsrestes. Der Ansicht Stratz's, dass dieses seltene Verhalten die Ursache für manches gutartige Papillom des Eierstocks abgeben könne, kann Sch. nicht beipflichten, dagegen meint er, dass sein Bestand ovarielle Blutungen und Eintritt von Bakterien begünstigen könne. J. Praeger (Chemnitz).

600. **Zur Casuistik der Complikation von Schwangerschaft durch einen Ovarialtumor**; von Dr. Richard von Braun-Fernwald. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 443.) 1899.)

v. B.-F. theilt einen Fall mit, in dem er bei einer zum 8. Male Schwangeren im 5. Monate der Gravidität eine mannsfaustgrosse Dermoidcyste des Ovarium per vaginam entfernt hatte. Die Schwangerschaft blieb ungestört.

In einem 2. Falle sah sich v. B.-F. zur Sectio caesarea im 8. Graviditätmonate veranlasst, da eine Ovarialcyste, die schwere Störungen (stetig zunehmendes Oedem der prolabirten Portio, Compression der Cervix mit sehr heftigen Schmerzen) machte, ohne vorherige Entleerung des Uterus nicht zu entfernen war. Die Geschwulst war 25 cm lang und hatte 13—15 cm im Durchmesser. Verlauf der Operation normal. Lebendes Kind. Glatte Heilung.

Die fast allgemein verbreitete Furcht vor der Sectio caesarea in der Schwangerschaft, weil sich der Uterus nicht genügend contrahire und daher schwere, nur durch die Ausführung der Porro-Operation stillbare Blutungen auftreten können, theilt v. B.-F. nicht. Er nimmt vielmehr an, dass diese schweren Blutungen durch Lähmung der Nerven der Uterusmuskulatur verursacht werden, die wiederum eine Folge der provisorischen Schlauchconstriktion sind. Wichtiger als die Gefahr der Atonie ist nach v. B.-F. die eventuelle Lochialstauung, wenn man bei engem Muttermunde, besonders bei Erstgebärenden, operirt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

601. **Retroflexio uteri gravidi partialis; Spontanruptur bei der Geburt**; von Dr. Maiss in Breslau. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 125. 1899.)

Die 34jähr. Erstgebärende wurde am 2. Tage der Geburt eingeliefert, weil der Kopf nicht eintreten wollte. Der Muttermund fand sich fingerbreit über der Schoossfuge, ein hinterer Theil des Uterus füllte als elastische Geschwulst das Becken aus, der Kopf stand auf der Beckenschaufel, liess sich aber einstellen. Nach heftigen Wehen und Tiefertreten des Kopfes erfolgte bei nicht ganz geöffnetem Muttermunde Ruptur im unteren Segmente. Perforation, Druckverband, Tod an akuter Peritonitis. Die *Sektion* ergab ausgedehnte derbe Verwachsungen des Uterus, die ihn schon vor der Gravidität in Retroflexionstellung gehalten haben müssen. Die Schuld an der Ruptur wird der durch die Dislokation bedingten Veränderung des Fruchtachsendruckes zugeschrieben, die im Anfange der Geburt die fehlerhafte Stellung des Kopfes zum Beckeneingang und stärkere einseitige Dehnung des unteren Segmentes an der vorderen Seite zur Folge hatte, im weiteren Verlaufe der Geburt aber zur Fixation des vorderen unteren Segmentes führte.

Brosin (Dresden).

602. **On the treatment of „unavoidable hemorrhage" by removal of the uterus**; by Lawson Tait, Birmingham. (New York med. Record LV. 9. p. 307. March 1899.)

Der Kr. war der Uterus früher 2mal ausgeschabt worden, nach der 2. Geburt hatte sie eine schwere Blutung und mehrere Fehlgeburten mit starkem Blutverlust gehabt. T. sah sie am Ende der 4. Schwangerschaft. Das Fruchtwasser war abgeflossen, die Gebärmutter fest um das Kind zusammengezogen, der Gebärmutterhals geschlossen und starr. Seit 5 Stunden trotz angewendeter Gegenmittel heftige Blutung. Um Kind und Mutter zu retten und letztere dauernd gesund zu machen, sah T. bei der vorliegenden Nachgeburt von Entbindungsversuchen auf dem natürlichen Wege ab und entfernte die Gebärmutter nach Porro unter Benutzung der elastischen Ligatur. Die Frau genas ohne schweren Zwischenfall. Das Kind, ein kräftiges Mädchen, starb nach einem Monate an Bronchitis.

T. sieht voraus, dass sein Vorgehen in diesem Falle heftige Angriffe von Seiten der conservativen Fachgenossen erfahren wird. J. Praeger (Chemnitz).

603. **Luftaspiration während der Geburt (Aërometra)**; von R. Teuffel in Chemnitz. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 5. p. 518. 1898.)

Zweitgebärende mit mässig allgemein verengtem Becken; Fruchtwasser in der Nacht vollständig abgeflossen. Vormittags: Gebärmutter nach links gelagert, Kopf beweglich, vorliegend, Muttermund fast vollständig. Lagerung auf die rechte Seite. Nach einiger Zeit fiel bei Wiedereinnahme der Rückenlage die starke Auftreibung des Leibes auf. Ueber der schlaffen Gebärmutter tympanitischer Perkussionschall, auch während der Wehen. Wehen schmerzhaft, Geburt langsam fortschreitend. Nach 7 Stunden Anlegung der Zange an dem in der Schamspalte sichtbaren Kopfe. Starker Widerstand. Die Nabelschnur, straff um den Hals geschlungen, wurde zwischen 2 Klemmen durchschnitten, dann das leicht asphyktische Kind entwickelt. Nach der Frucht wurde eine grössere Menge Luft unter laut hörbarem Geräusch aus der Scheide ausgetrieben. Die Gebärmutter zog sich gut zusammen. Das Wochenbett verlief normal. Der kindliche Schädel zeigte ein langausgezogenes Hinterhaupt.

J. Praeger (Chemnitz).

604. **Ueber Vagitus uterinus**; von Dr. L. Gummert in Essen. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 492. 1899.)

37jähr. Siebentgebärende. Vor 8 Tagen Sturz bei Glatteis, Abfluss von Fruchtwasser. Seit 2 Tagen Wehen. Zur Beendigung der Geburt bei beweglichem, vorliegendem Kopfe Wendung in Narkose. Beim Einführen der Hand trat Luft in den Uterus ein; in diesem Moment vernahm man ein deutliches Schreien des Kindes, das sich mehrfach wiederholte. Der extrahirte Knabe war lebensfrisch, 3900 g schwer und schrie, nach kurz dauernder Apnöe, gleich kräftig heraus.

Die Bedingungen, die den Vagitus uterinus ermöglichen, sind im vorliegenden Falle nach G. leicht ersichtlich: Es muss Luft in den Uterus eindringen, die Luft muss in die oberen Luftwege eintreten und schliesslich muss die Luft wieder ausgestossen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

605. **Zwei Früchte, verschiedenen Schwangerschaftszeiten entstammend, in demselben Tubensack**; von Prof. G. Heinricius und Dr. Rud. Kolster in Helsingfors. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 95. 1899.)

Die Trägerin der beiden Früchte hatte zuerst vor 6 Jahren ein Wachsen des Leibes und ein Fehlen der Regel während 6 Monaten bemerkt, dann war neuerdings eine Gravidität eingetreten, die beim Tode, der an Perforationperitonitis erfolgte, eine Dauer von 11 Monaten erreicht hatte. Die *Sektion* ergab in einem linkseitigen Tubensacke eine ausgetragene Frucht in soeben erst beginnender Maceration. Daneben lagen die Knochen eines zweiten, ebenfalls ausgetragenen Foetus, dessen Weichtheile bereits zu einer braunen, schmierig-kittartigen Masse eingeschmolzen waren. Der Befund entspricht demnach den auch klinisch beobachteten Schwangerschaften aus ganz verschiedener Zeit. Auffallend ist, dass beide Früchte ihren Sitz in derselben Tube hatten, ein Vorkommen, das nur durch äussere Ueberwanderung eines befruchteten Eies vom anderen Eierstocke her zu erklären ist. Brosin (Dresden).

606. **Ueber destruirende Blasenmole**; von Dr. Max Voigt in Hamburg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 63. 1898.)

V. theilt ausführlich einen hierher gehörigen Fall mit, in dem Prochownick operirte. Der exstirpirte Uterus wurde genau untersucht und V. giebt eine Beschreibung der Befunde, aus denen er zu folgenden Sätzen kommt.

„Der Ausstossung oder Ausräumung einer Blasenmole soll eine Probeausschabung folgen, bei der wir möglichst Muskulatur mit zu erhalten suchen müssen. Die Untersuchung der Blasenmole allein ergiebt nach den bisherigen Forschungen noch kein sicheres Charakteristicum für maligne Entartung, doch muss starke gleichzeitige Wucherung beider Zottenepithelien, der Zellenschicht und des Syncytium und innige Durchmischung den Verdacht auf Bösartigkeit erwecken, besonders wenn am Syncytium sich die Neigung zu Wucherungen mit starker Volumen- und Chromatinvermehrung des Kerns und zur Abspaltung von Zellenzügen und einzelner Zellen mit derartig grossen Zellen kundgiebt (Saffraninfärbung nach Fixirung in *Flemming*'scher Lösung)."

„Aus der Zerstörung der Decidua allein kann eine sichere Diagnose auf Malignität nicht gestellt werden, eben so wenig bei leichter Durchsetzung der Muskulatur mit einzelnen epithelialen Zellen,

dagegen ist bei Hineinwuchern von Zotten mit epithelialen Wucherungen in die Muskulatur hinein oder von epithelialen Wucherungen auch ohne Zottenstroma unbedingt maligne Entartung der Blasenmole anzunehmen.“

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

607. **Ueber einen Fall von maligner Entartung des Chorionepithels**; von L. Prochownick und E. Rosenfeld. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 103. 1899.)

Nach einem Abort von 7—8 Wochen war von anderer Seite wegen Blutung 3mal in mehrwöchigen Abständen ausgeschabt worden, in der Zwischenzeit hatte Abfluss nicht bestanden. Bedrohliche Blutung in der 15. Woche. Entfernung eines Polypen, der von Pr. und R. für bösartig gehalten wurde. Totalexstirpation nach weiteren 4 Wochen. Vorübergehend Besserung, dann Tod, anscheinend durch Metastasen im Gehirn. Im exstirpirten Uterus an der Stelle des Polypen kein Recidiv, wohl aber mehrere submuköse und subseröse Metastasen. Polyp und Metastasen waren aus Syncytium und Langhans'schen Zellen zusammengesetzt, ersteres mit reichlichen Fetteinlagerungen, letztere mit Glykogen.

Auch vom Praktiker sollten nach jeder Ausschabung die entfernten Massen einer histologischen Diagnose unterzogen werden. Bemerkenswerth ist, dass in diesem Falle die Bösartigkeit des Polypen von einem bewährten Pathologen in Frage gestellt worden war. Brosin (Dresden).

608. **Zur Lehre von den Hämatommolen, bez. dem sogenannten tuberösen, subchorialen Hämatom der Decidua**; von Dr. Sigmund Gottschalk in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 134. 1899.)

Ein eigener, ausführlich mitgetheilter Fall giebt G. Gelegenheit, in dem zwischen Breus und Neumann über die Bedeutung derartiger Bildungen entbrannten Streite Stellung zu nehmen. Sein Präparat betrifft ein Ovulum aus dem 2. Schwangerschaftmonate, das erst nach 5 Monaten ausgestossen wurde. Es enthält einen 3 mm langen Embryo, entspricht aber in seinen übrigen Theilen einer späteren Entwickelungstufe. Es ist dies ein Beweis dafür, dass sich ein Ei auch ohne Wachsthum der Frucht noch eine Zeit lang fortentwickeln kann. Die Protuberanzen sind zum Theil gelappt und an ihrer Basis schmäler als im freien Theile. Sie sind entstanden durch eine abnorme Faltung der Membrana chorii in Folge eines Druckes, der das Ei von aussen, d. i. durch die Zusammenziehungen der Uteruswand, traf. In die durch diese Faltung geschaffenen subchorialen Lücken ergiesst sich Wochen oder Monate lang der mütterliche Blutstrom und wölbt über ihnen das Chorion und Amnion in Form der Protuberanzen vor. Eine Vaskularisation der Zotten vom Foetus her hat zu keiner Zeit stattgefunden, die Nährquelle für das Chorion und seine Zotten ist in dem sich stetig erneuernden mütterlichen Blute zu suchen und das alleinige Nährorgan des Choramnion ist das syncytiale Epithel. Brosin (Dresden).

609. 1) **Ueber passive und aktive Bewegungen des Kindes im ersten Lebensjahre**; von Dr. Alexander Schmidt in Altona. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 1. 1899.)

2) **Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Alexander Schmidt: „Ueber passive und aktive Bewegungen des Kindes im ersten Lebensjahre“**; von Dr. Grüneberg in Altona. (Ebenda 2 u. 3. p. 356. 1899.)

Schmidt glaubt, dass viele, namentlich künstlich ernährte Säuglinge nicht gedeihen, weil sie keine Gelegenheit zur Bewegung haben. Auch die sogen. „Spitalskrankheit“ will er darauf zurückführen. Schm. fühlt sich daher zu dem Rathe veranlasst, man solle dem Säugling 3mal am Tage Gelegenheit geben, sich frei zu bewegen und ihn ausserdem täglich 3mal täglich „warten“. Er sucht „wissenschaftlich“ den Nutzen des Wartens zu begründen. Für den Ref. sind die angezogenen sogenannten wissenschaftlichen Gründe nicht überzeugend gewesen, eben so wenig für Grüneberg, der mit Recht Verwahrung einlegt gegen solche Bestrebungen nach rückwärts. Er betont, das die von Schmidt zur Begründung seiner Ansicht angezogenen Beobachtungen aus dem zoologischen Garten nicht ohne Weiteres auf die Kinderstube übertragen werden können; dass die Ursachen der „Spitalskrankheit“ auf einem ganz anderen Gebiete zu suchen seien, als Schmidt meint u. s. w. Grüneberg hält das Warten der Kinder für durchaus schädlich. Brückner (Dresden).

610. 1) **Ueber die Anämien im frühen Kindesalter.** Referat, erstattet in der Gesellschaft für Kinderheilkunde der 70. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Düsseldorf, September 1898; von Dr. Rudolf Fischl. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 26. 1899.)

2) **Ueber die Anämien im frühen Kindesalter.** Correferat, erstattet in der Gesellschaft für Kinderheilkunde der 70. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Düsseldorf, September 1898; von Dr. Ferdinand Siegert. (Ebenda p. 73.)

Fischl und Siegert suchten den Werth des frischen und gefärbten Deckglaspräparates für die Diagnose der Anämien junger Kinder zu bestimmen.

1) Fischl kommt zu dem Ergebniss, dass im frühen Kindesalter kein charakteristisches histologisches Blutbild für die einzelnen Formen der Anämie aufgestellt werden kann. Daher kann man aus dem Deckglaspräparate wohl das Vorhandensein, den Grad, nicht aber die specielle Form einer Anämie ersehen. Da die im Fötalleben der Blutbildung dienenden Organe ihre Thätigkeit auch in den ersten Lebensmonaten des gesunden und kranken Kindes fortsetzen, da ferner auch die übrigen Stätten der Blutbildung beim Säugling ihre endgültige Entwickelung nicht erreicht haben, so ist

ein Rückschluss von sonst charakteristischen Elementen auf die Erkrankung bestimmter Theile des blutbildenden Apparates nicht zulässig. Jedoch ist aus dem Auftreten reichlicher Normoblasten, aus Theilungserscheinungen an ihren Kernen, aus dem Befunde von Megaloblasten, aus dem Auftreten von Polychromatophilie und Poikilocytose je nach Menge und Ausdehnung dieser Erscheinungen eine mehr oder minder ungünstige Prognose abzuleiten, während die Diagnose der vorliegenden Blutkrankheit auch aus diesen Momenten nicht zu stellen ist. Auch die pathologisch-anatomische Untersuchung vermag nach F.'s Ansicht nur in typischen chronischen Leukämiefällen die vorliegende Blutkrankheit sicher zu diagnosticiren. Eine Beziehung zwischen dem intravitalen und dem postmortalen Befund wird oft vermisst.

2) Siegert ist der Ansicht, dass man sich aus dem gefärbten Deckglastrockenpräparate (Eosin-Methylenblau) unter Berücksichtigung der klinischen Erscheinungen eine ziemlich vollkommene Vorstellung von dem Grade einer bestehenden Anämie machen kann. Das Deckglaspräparat ist für das tägliche Bedürfniss hinreichend und im Stande, die eingehenderen Methoden (Zählung, Hämoglobinbestimmung, Dichtebestimmung) zu ersetzen. Auf Grund des Deckglaspräparates ist ein Schluss auf eine bestimmte Organerkrankung nicht angängig; immerhin gestattet es die Diagnose einer Leukämie, Myelämie, Lymphämie, Eosinophilie. Damit werden aber gleichzeitig prognostische und therapeutische Hinweise gegeben. Therapeutische Einflüsse machen sich in der Aenderung des Blutbildes bemerkbar.

Brückner (Dresden).

611. **Beiträge zur Kenntniss des congenitalen Hydrocephalus externus**; von Dr. Johann von Bókay. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 77. 1899.)

v. B. beschreibt ein 9monatiges rhachitisches Mädchen mit Hydrocephalus externus chronicus. Die *Sektion* ergab, dass der $^1/_2$ Liter betragende Flüssigkeiterguss ein subduraler war. Das Gehirn war stark zusammengedrückt und geschrumpft. Es bestand auch Hydrocephalus internus geringeren Grades. v. B. führt die Erkrankung auf eine intrauterine Entzündung der Meningen zurück. Brückner (Dresden).

612. **Zur Kenntniss der Encephalitis beim Säugling**; von Dr. Rudolf Fischl in Prag. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 58. 1899.)

Nach einem historischen Rückblicke macht F. Mittheilungen über die histologischen Befunde in 6 Fällen von nicht eitriger, nicht specifischer Gehirnentzündung beim Säugling. Die Befunde sind sehr wechselnde und vielseitige. In einem Theile der Fälle musste das Auftreten der Herde als Theilerscheinung allgemeiner Sepsis, in einem anderen als Produkt septischer Intoxikation aufgefasst werden. In einer dritten Reihe von Fällen liess sich keine solche Ursache nachweisen.

Brückner (Dresden).

613. **Tetanie der Blase**; von E. Hagenbach-Burckhardt in Basel. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 111. 1899.)

Ein etwa 3jähr. Knabe mit starker Rhachitis und ausgesprochener Tetanie litt an Retentio urinae. Der Katheter hatte in der Pars prostatica ein leichtes Hinderniss zu überwinden. Der andauernde Füllungzustand der Blase war nach Ansicht H.-B.'s auf einen Krampf des Blasenschliessmuskels zu beziehen. Ausgang in Heilung. Brückner (Dresden).

614. **Ein Fall von hochgradiger Herzhypertrophie im Kindesalter**; von Dr. Göppert in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 117. 1899.)

G. beschreibt ein 11jähr. phthisisches Mädchen, bei dem sich im Laufe eines Jahres eine starke Erweiterung und Hypertrophie des Herzens einstellte. Die Ursache der Herzerkrankung war mit Sicherheit nicht zu bestimmen. Am Wahrscheinlichsten kommen in Betracht perikardiale Verwachsung oder Hypoplasie des Aortensystems. Brückner (Dresden).

615. **Ein Fall von angeborener Missbildung der Luftröhre** *(circumscripte Verengerung mit Fehlen der Pars membranacea)*; von Dr. K. Gregor in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 123. 1899.)

Ein 5monatiges Kind litt von Geburt an an Athemnoth, wodurch das Saugen an der Brust erschwert wurde. Es entwickelte sich schliesslich das Bild stärkster Stenose, so dass sich die Tracheotomie nothwendig machte. Bei Einführung der Kanüle stiess man auf einen Widerstand, der durch Einführung von Sonden beseitigt wurde. Am Tage nach der Operation starb das Kind. Bei der *Sektion* fand sich eine Stenose der Luftröhre vom 9. bis 14. Trachealknorpel. In diesem Bezirke fehlte die Pars membranacea. Die Stenose muss als eine angeborene angesehen werden. Brückner (Dresden).

616. **Zur Behandlung der eitrigen Pleuritiden bei Kindern nach der Methode Prof. Lewaschew's**; von Dr. A. A. Kissel in Moskau. (Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 51. 1899.)

K. behandelte 8 Kinder, die an Empyem erkrankt waren, nach der Empfehlung von Lewaschew mit Punktion und nachfolgender Salzwasserausspülung. Die Krankengeschichten werden mitgetheilt. Ein Kind genas nach einmaliger Ausspülung vollkommen. Bei 4 weiteren Kindern führten erst wiederholte Ausspülungen zur Heilung des Empyems; zwei dieser Kinder starben an intercurrenten Erkrankungen. Drei Kinder blieben ungeheilt. Die Methode führt in einzelnen Fällen schneller zur Heilung als die Thorakotomie. Verwachsungen der beiden Pleurablätter und Deformitäten des Brustkorbes kommen bei beiden Methoden vor. K. hält trotzdem die Methode nicht für werthlos. Es wird vor Allem zu untersuchen sein, welche Empyemfälle sich für die neue Methode am meisten eignen.

Brückner (Dresden).

617. **Ein Beitrag zur posttyphösen Periostitis im Kindesalter**; von Adolf Würtz in Strassburg i. E. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 12. 1899.)

Beobachtungen von posttyphöser Periostitis im Kindesalter liegen nur in geringer Anzahl vor. Osteomyelitis des Sternum nach Typhus abdominalis fand W. nur 2mal beschrieben. Er berichtet über folgende Beobachtung:

Ein 8½jähr. Mädchen bekam im Verlaufe eines Typhus abdominalis am Anfange der 2. Woche eine teigige Anschwellung über dem Brustbein, an dem ein Defekt nachweisbar wurde. Allmählich entwickelte sich ein von der 2. bis zur 4. Rippe reichender fluktuirender Tumor, der sich bei der Inspiration verkleinerte, bei der Exspiration prall anspannte. Die Probepunktion ergab eiterähnlichen Inhalt, in dem mikroskopisch Typhusbacillen nachgewiesen wurden. Bei der Incision des Abscesses wurde ein abgestossenes Stück des Sternum, dessen gesammtes Corpus nekrotisch erschien, entfernt. Tod am Ende der 4. Woche. Die *Sektion* ergab Nekrose des Corpus sterni mit grossem Defekt am oberen Ende, Schwund des 2. bis 4. linken Rippenknorpels und Lösung des 2. bis 4. rechten Rippenknorpels.

Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

618. **Beiträge zur Hirnchirurgie mit specieller Berücksichtigung der Aetiologie und operativen Behandlung der Epilepsie**; von Dr. O. Schär. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 670. 1899.)

Die recht unübersichtlich angelegte grosse Arbeit Sch.'s, der das reichhaltige Material der Kocher'schen Klinik und Privatklinik zu Grunde liegt, eignet sich nicht zu einem kürzeren Referate. Die verschiedenen Tabellen bedürfen eines eingehenden Studium (der Inhalt von Tabelle V entspricht nicht ganz der Ueberschrift; einige Fälle fehlen ganz!).

Wir begnügen uns damit, die Schlussfolgerungen Sch.'s hier wörtlich anzuführen: „Eine Operation bei Epilepsie ist immer anzurathen, wenn intern diätetische Maassnahmen nicht innerhalb kurzer Zeit zum Ziele führen. Die geringe Möglichkeit eines schlimmen Ausganges fällt neben den socialen Unzuträglichkeiten der Epilepsie nicht in Betracht. Lieber zu viel operiren, als zu wenig. Bis dat, qui cito dat. Der Arzt, der namentlich bei evident traumatischer Epilepsie den Kranken mit interner Behandlung lange hinzieht, ohne bei Misserfolg derselben den Versuch operativer Hülfe vorzuschlagen, begeht ein Unrecht. Epileptiker sollen eben so frühzeitig vom Chirurgen, wie vom internen Kliniker und Psychiater beurtheilt werden. Am besten ist es, es werden alle 3 von vornherein für den Fall beigezogen. In einem gut und den Anforderungen der Neuzeit entsprechend eingerichteten Asyl oder Spital für Epileptiker und Nervenkranke sollte von Zeit zu Zeit ein Chirurg die Fälle untersuchen, um zu entscheiden, welche derselben Aussicht auf operative Heilung darbieten, wie dieses in England am Queens Square Hospital bereits zum grössten Nutzen der Kranken durchgeführt ist.

Aber der Chirurg darf nicht vergessen, dass die intern diätetische Nachbehandlung, und zwar für Jahre Wesentliches beitragen muss, wenn man eine wirkliche Heilung erzielen will. Die Wirkung des Alkohols in Bezug auf Epilepsie, welche die Disposition schafft und vermehrt und auch den Anfall hervorrufen kann, ist durch unsere Fälle illustrirt, auch bei Individuen, die ein Schädel- und Gehirntrauma erlitten haben. Hier gilt das Gebot der strengsten Abstinenz von Alkoholicis. Kinder, die ein Gehirntrauma erlitten haben, sind nach den gleichen Grundsätzen zu erziehen, wie sie die Nervenspecialisten für einfach erblich neuropathisch veranlagte fordern. Die Epilepsie nach Schädeltraumen kann in der Mehrzahl von Fällen mit aller Sicherheit vermieden werden durch aktives Vorgehen zur Zeit der Verletzung."

P. Wagner (Leipzig).

619. **Zur Verwendung der Tabakbeutelnaht**; von Dr. F. de Quervain. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 27. 1899.)

Angeregt durch das Vorgehen von Doyen und durch die zweifellosen Vorzüge der *Tabakbeutelnaht* hat de Qu. in einer Anzahl von Fällen versucht, von dieser einen ausgedehnteren Gebrauch zu machen und sie zum Verschluss des Peritonaeum bei gewissen Laparotomien zu verwenden. Die Absicht, die de Qu. dabei leitete, war die, die Peritonäalwunde auf diese Weise auf ein Minimum zu beschränken und in dem Grade auch die Gefahr der Verwachsungen von Netz und Darm an der Innenseite der Bauchwand zu vermindern. Beim Verschluss der innen mit Serosa ausgekleideten Bauchhöhle kommt die *„ausstülpende Tabakbeutelnaht"* zur Verwendung. Vorbedingungen sind, dass die Eröffnung des Bauchfelles von verhältnissmässig geringer Ausdehnung (8—10 cm) ist und das Bauchfell eine gewisse Verschieblichkeit hat.

Die günstigen Erfahrungen, die de Qu. mit der Tabakbeutelnaht gemacht hat, fordern entschieden zur Nachahmung auf.

P. Wagner (Leipzig).

620. **Sur la fermeture de la plaie abdominale après la laparotomie**; par G. Minxevitch. (Ann. de Gynécol. L. p. 374. Nov. 1898.)

Im Laboratorium der Klinik Lebedjew's untersuchte M. 19 Bauchnarben nach Bauchschnitt mikroskopisch, und zwar 11, bei denen der Schluss der Bauchwunde durch Massennaht und 8, bei denen er durch Etagennaht erfolgt war. Er zieht aus den Untersuchungen den Schluss, dass die *Massennaht* in allen Fällen von Bauchschnitt mit Bauckdecken mittlerer Dicke vorzuziehen sei, und dass man nur bei zu dünnen oder zu dicken Bauchdecken die Etagennaht anwenden solle, dass aber auch dann ein gemischtes Verfahren rathsam

sei, nämlich die Massennaht mit der Einzelnaht der Muskel-Fascienlage. Gegen die Naht in 4 bis 5 Etagen wendet M. ein, dass es öfters zu Blutungen, sowie zur Bildung todter Räume kommt, und dass eine grosse Menge fremder Körper in der Wunde belassen wird. Zur Vermeidung von Bauchbrüchen ist alles fernzuhalten, was ein Hinderniss der normalen Narbenbildung sein kann, d. h. das Einkrempeln der Haut und des Bauchfelles, ebenso wie das Zwischenlegen von Fett zwischen die Fascienränder. Die Narbe muss unter möglichst günstige Ernährungsbedingungen versetzt, Eiterungen müssen vermieden werden. Die gebildete Narbe muss vor Atrophie und Erschütterung geschützt werden. Bemerkt sei noch, dass M. als Sitz des Einschnittes die Mittellinie des Bauches vorzieht.

J. Praeger (Chemnitz).

621. **Ueber die im Krankenhause im Friedrichshain von 1880—1898 beobachteten Pfählungen**; von Dr. A. Neumann. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33. 1899.)

Unter 16000 klinisch behandelten Verletzungen der letzten 18 Jahre befanden sich nur 20 *Pfählungen,* von denen 4 den Kopf und 16 den Rumpf betrafen. Die *Pfählungen des Kopfes* führen namentlich am Gesichtschädel zu tief gehenden Verletzungen. Von viel grösserem Interesse sind die *Pfählungsverletzungen des Rumpfes,* die nur Verletzungen der Abdominalhöhle und ihrer Wandungen betrafen. N. unterscheidet die Verletzungen der vorderen und seitlichen Bauchwandungen zwischen Beckenring und unterer Thoraxapertur zu beiden Seiten der Wirbelsäule von denjenigen, die in den Bereich des Beckenringes selbst fallen. Nach der Ausdehnung unterscheidet er: 1) nicht penetrirende Verletzungen; 2) penetrirende Verletzungen und dann meist mit Vorfall von Eingeweiden; 3) penetrirende Verletzungen mit Verletzung von Eingeweiden. Ob die eine oder die andere Verletzung zu Stande kommt, d. h. ob dabei die Bauchdecken durchstossen werden oder nicht, das hängt ab: 1) von der Beschaffenheit des verletzenden Körpers; 2) von der Stärke und Richtung des Angriffes und 3) von der Beschaffenheit der angegriffenen Partie der Bauchwandung im Momente des Angriffes.

Der Darm kann im Wesentlichen in viererlei Weise verletzt werden: 1) Er wird an Ort und Stelle, an der er von dem verletzenden Körper getroffen wird, durchschlagen oder so stark contundirt, dass er sekundär nekrotisch und meist nachträglich perforirt wird. 2) Der Darm wird entfernt von der getroffenen Stelle zum Platzen gebracht. 3) Der Darm wird an die der verletzten gegenüberliegende Bauchwand, in Sonderheit an die Wirbelsäule und an die Beckenwand angedrückt, und daselbst durchgequetscht. 4) Der Darm wird von dem pfahlartigen Körper mitgenommen und in seiner Continuität durchrissen oder von seinen Befestigungsbändern losgerissen.

Die Krankengeschichten werden im kurzen Auszuge mitgetheilt. P. Wagner (Leipzig).

622. **Ueber die Drainage nach Laparotomieen mit schweren Complikationen**; von Dr. L. Seeligmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39. 1899.)

Die Arbeit gründet sich auf 20 von S. zum Theil zusammen mit Dr. Lomer ausgeführte *Laparotomieen mit schweren Complikationen* (Eiteraustritt in die Bauchhöhle, Ureteren- und Darmverletzungen u. s. w.), bei denen mit günstigem Erfolge (kein Todesfall) die *Drainage* angewendet wurde.

Die empfohlenen Methoden der Drainage sind folgende: 1) Die Drainage des Peritonaeum durch den unteren Bauchwundwinkel: a) mittels Gummidrainrohr (M. Sims); b) mittels Jodoformgaze (Mikulicz). 2) Die Drainage des Peritonaeum durch den unteren Bauchwundwinkel mit gleichzeitigem Abschlusse der übrigen Bauchhöhle: a) durch Diaphragmabildung (Schede); b) durch Abdachung (Frank). 3) Die Drainage des Peritonaeum durch den Douglas'schen Raum mit gleichzeitiger Abdachung nach oben nach Entfernung des Uterus (Bardenheuer).

S. hat nach Ausschälung der Geschwulst den Douglas'schen Raum mittels eines Perforatorium durchbohrt und nach möglichster Erweiterung der Oeffnung die Jodoformgaze vom Abdomen her durchgezogen. Der Abschluss des Operationgebietes wurde durch die Abdachung dadurch bewerkstelligt, dass die erhaltenen Reste der breiten Mutterbänder einerseits und die in diesen Fällen gewöhnlich vergrösserten und verdickten Appendices epiploicae des Darmes mit einander vereinigt wurden. Den Uterus von vornherein mit zu entfernen, hält S. nicht für richtig.

Die Krankengeschichten werden zum Schlusse kurz mitgetheilt. P. Wagner (Leipzig).

623. **Ueber Milzexstirpation wegen Zerreissung der Milz durch stumpfe Gewalt und über die Laparotomie bei schweren Bauchcontusionen überhaupt**; von F. Trendelenburg. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 41. 1899.)

Tr. theilt 6 Fälle von *Milzexstirpation* wegen Zerreissung der Milz durch stumpfe Gewalt mit, von denen 2 in der Bonner, 4 in der Leipziger chirurg. Klinik zur Operation kamen. 4 Kranke starben, 2 genasen. 4mal handelte es sich um eine Ruptur der Milz allein, 1mal war es zu gleicher Zeit zu einer Zerreissung des linken Leberlappens, 1mal zu einer Zerreissung der linken Niere und des rechten Leberlappens gekommen. In 5 Fällen handelte es sich um eine normale, 1mal um eine auf das Doppelte vergrösserte Milz; im letzteren

Falle war die Ruptur durch ein verhältnissmässig geringfügiges und ganz genau lokalisirt einwirkendes Trauma zu Stande gekommen.

Das grösste Interesse bietet die traumatische Milzruptur in *diagnostischer* Beziehung dar, denn das Schicksal des Verletzten hängt fast lediglich davon ab, ob die Diagnose zur rechten Zeit richtig gestellt und die Blutung noch rechtzeitig zum Stehen gebracht wird oder nicht. Eine genaue *Differentialdiagnose* zwischen den einzelnen, durch Einwirkung stumpfer Gewalt zu Stande gekommenen Organzerreissungen hat praktisch keine allzu grosse Bedeutung. „Denn sobald es sicher oder sehr wahrscheinlich ist, dass überhaupt mehr vorliegt, als eine blosse Contusion, so ist bei dem heutigen Stande der Chirurgie in allen Fällen die sofortige oder baldige Laparotomie indicirt, die das einzige therapeutische und zugleich das beste diagnostische Mittel ist, welches in Frage kommen kann.“ Verletzte mit stärkerer Blutung in die Bauchhöhle sind sicher verloren, wenn die Blutung nicht gestillt wird, bei rechtzeitiger Operation sind sie bei Blutung aus der Milz oder dem Mesenterium so gut wie sicher, bei Blutung aus der Leber unter Umständen noch zu retten. Verletzte mit Magen- oder Darmzerreissung sind ohne Laparotomie so gut wie sicher verloren, auch nach der Operation starben bei Weitem noch die Meisten, aber die Zahl der Heilungen wird wesentlich steigen, wenn die unbedingte Nothwendigkeit sofortigen Eingreifens mehr oder weniger in das Bewusstsein auch der praktischen Aerzte übergegangen sein wird.

P. Wagner (Leipzig).

624. **Ueber Milzexstirpation nach subcutaner traumatischer Milzruptur**; von Dr. M. Madlener. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 43. 1899.)

Eine 57jähr. Kr. fiel mit der linken Rumpfseite auf den Rand eines Wassereimers. Symptome innerer Blutung; Collaps. 7 Stunden nach dem Unfalle *Laparotomie.* Entleerung von theils flüssigem, theils geronnenem Blute aus der Peritonäalhöhle. *Milz* nicht vergrössert; an der concaven Fläche querer, bis in den Hilus gehender Riss. *Exstirpation der Milz.* Ausserordentlich langsame Erholung nach der Operation; Anämie, leichte Temperaturerhöhungen, Bauchwandhernie. 6 Monate nach der Operation *Ileusanfall,* offenbar bedingt durch Abknickung einer an der Narbe adhärenten Darmschlinge. Spontanes Verschwinden der Ileussymptome. Mehrere Wochen später *2. Laparotomie zur Beseitigung des Darmwandbruches. Heilung.* Bei dieser 2. Laparotomie konnte M. nachweisen, dass die retroperitonäalen und mesenterialen Drüsen nicht oder wenigstens nicht mehr geschwollen waren, und dass ferner nirgends ein Gebilde zu finden war, das als Nebenmilz zu deuten gewesen wäre.

Aus der Literatur hat M. noch 10 Milzexstirpationen wegen Trauma zusammengestellt, von denen 3 tödtlich verliefen. P. Wagner (Leipzig).

625. **Die chirurgische Behandlung der akuten Peritonitis**; von Dr. A. Tietze. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 15. 1899.)

Ueber die *chirurgische Behandlung der akuten Peritonitis* stellt T. folgende Sätze auf:

1) Die Wirkung des chirurgischen Eingriffes bei der Peritonitis beruht (neben der Entspannung der Bauchdecken und Herstellung normaler Cirkulationverhältnisse) vornehmlich auf der Entleerung vorhandenen infektiösen (toxischen) Exsudates, sowie auf der Möglichkeit, durch Drainage oder Jodoformgazetamponade eine beginnende Entzündung auf ihren Herd zu beschränken. 2) Der Eingriff ist daher angezeigt bei dem Nachweise eines solchen Exsudates, und zwar sowohl bei den diffusen, als bei den circumscripten Formen. 3) Ganz ohne Rücksicht auf ein vorhandenes oder fehlendes Exsudat ist der Eingriff vorzunehmen in den ersten Stadien der Perforationperitonitis im engeren Sinne, der traumatischen und postoperativen Peritonitis. Eine beginnende septische Peritonitis erscheint unter diesen Bedingungen als heilbar. 4) Dagegen ist eine bereits vorgeschrittene diffuse septische Peritonitis nicht Gegenstand eines chirurgischen Eingriffes. Von der diffusen septischen Entzündung zu trennen sind diejenigen „trockenen“ Formen, die zwar auch mit diffusen Reizerscheinungen von Seiten des Peritonaeum, aber ohne Mitbetheiligung des Gesammtorganismus (Intoxikation) verlaufen. Auch sie sind nicht Gegenstand einer Operation. 5) Nicht Gegenstand einer Operation sind auch alle jene Fälle, in denen die Allgemeininfektion bereits soweit vorgeschritten ist, dass der Eingriff von vornherein als aussichtlos erscheint.

In dem praktischen Theile der Arbeit hat T. die einschlägige Literatur berücksichtigt und 25 eigene Operationen verarbeitet.

P. Wagner (Leipzig).

626. **Ueber die Resektion der Wirbelbogen bei spondylitischen Lähmungen**; von Prof. F. Trendelenburg. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 613. 1899.)

Von Kraske, Goldscheider, Hoffa u. A. sind die operativen Eingriffe bei spondylitischen Lähmungen sehr ungünstig beurtheilt worden. Tr. ist nun nach seinen eigenen, im Laufe der letzten Jahre gesammelten Erfahrungen sowohl in Bezug auf die Ursachen der spondylitischen Drucklähmung, als auch in Bezug auf den Werth der Resektion der Wirbelbogen zu etwas anderen Ergebnissen gekommen.

Tr. führte die Resektion der Wirbelbogen in den letzten 4 Jahren 8mal aus. Die Pat. waren 9, 11, 14, 17, 18, 18, 18, 36 Jahre alt. Die Spondylitis war in den meisten Fällen schon ganz ausgeheilt, bei den übrigen in der Ausheilung begriffen, im frischesten Falle bestand die Krankheit seit 2 Jahren. Die Lähmung war nur in einem Falle kürzlich entstanden, in den übrigen Fällen bestand sie niemals kürzer als $^1/_2$ Jahr, in einem Falle schon seit 17 Jahren. Meist handelte es sich um eine spastische Paraplegie, in einem Falle (epiduraler Abscess) bestand auch eine vollständige sensible Lähmung und Lähmung der Blase; sonst war die Sensibilität so wie die Funktion von Blase und Rectum nur wenig oder gar nicht gestört. Als Ursache des Druckes fand sich bei der Operation 1mal

ein Abscess, 1mal ein käsiger Hord im Wirbelkanale, 1mal eine peripachymeningitische Granulationmasse, 5mal eine abnorme Enge des Wirbelkanales in Folge der Kyphose ohne sonstige Veränderungen.

Bei der Operation wurde der Gibbus durch Zurückschlagen eines grossen, halbkreisförmigen Hautlappens mit breiter seitlicher Basis freigelegt, die Muskeln wurden von den Dornfortsätzen und den Wirbelbögen theils stumpf, theils mit dem Messer abpräparirt und sodann 3—4 Wirbelbögen mit der *Luer*'schen Zange vorsichtig resecirt. Der Meissel kam nur im 1. Falle zur Verwendung, er ist nicht zu empfehlen. An der freien Beweglichkeit einer neben der Dura nach oben und nach unten eingeschobenen Sonde liess sich erkennen, dass die Resektion bis in den normal weiten Theil des Wirbelkanales vorgedrungen war. Zum Schlusse Catgutnaht der Muskeln über dem Defekt, Hautnaht mit Freilassung von 3 kleinen Wundspalten.

Das Schlussresultat ist folgendes: 4 Kranke sind ganz oder nahezu ganz geheilt; 2 Kranke sind noch in Behandlung, von denen der eine schon deutliche Besserung zeigt, der andere das Stadium der temporären Verschlechterung noch nicht vollständig überwunden hat. Ein Knabe starb in der Heimath 7 Monate nach der Operation, ohne dass eine Besserung der Lähmung eingetreten war; ein junger Mann befindet sich jetzt, 1 Jahr nach der Operation, in demselben Zustande, wie vorher.

Die Ergebnisse seiner Beobachtungen stellt Tr. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Bei der spondylitischen Drucklähmung kann der Druck auf das Rückenmark entweder durch einen Abscess oder käsigen Herd im Wirbelkanale oder durch peripachymeningitische Granulationen und Schwielen oder durch die abnorme Enge des Wirbelkanales in Folge der Knickung der Wirbelsäule hervorgerufen sein. Diese letzte Ursache liegt viel häufiger vor, als bisher angenommen wurde.

2) Die Resektion der Wirbelbögen, in den geeigneten Fällen angewandt, giebt eine bessere Prognose, als bisher angenommen wurde. Sie ist besonders angezeigt in allen Fällen von Lähmung bei schon ganz oder nahezu ausgeheilter Spondylitis, während sie bei frischer Spondylitis eine schlechtere Prognose giebt und auch direkt Schaden bringen kann, da sie den kranken Wirbeln den letzten Halt nimmt.

3) Ein Erfolg der Operation ist auch bei fast completer Lähmung nicht ausgeschlossen. Bei nicht completer Lähmung schliesst selbst ein sehr langes Bestehen der Lähmung (bis zu 17 Jahren) einen Erfolg nicht aus.

4) Der Erfolg der Operation kann, wie nach den operativen Eingriffen bei Drucklähmung peripherischer Nervenstämme (und wie nach der Nervennaht) erst längere Zeit nach der Operation beurtheilt werden. Meist dauert es $^1/_2$ oder 1 Jahr, bis die Lähmung vollständig zurückgeht.

P. Wagner (Leipzig).

627. **Altérations vertébrales dans le mal de Pott**; par Ménard. (Revue d'Orthop. 3. 4. 5. 1899.)

Durch genaue Untersuchung von Präparaten aus klinisch beobachteten Spondylitisfällen in grosser Zahl sucht M. unsere Kenntnisse über den Verlauf des Leidens zu erweitern. Leider fehlen die Frühstadien in der interessanten Serie.

Interessant und praktisch von Bedeutung ist, dass eine Verschmelzung der Bogenreihe in älteren Fällen regelmässig getroffen wird, während reparative Ossifikation im Bereiche der eingeschmolzenen Wirbelkörper kaum angedeutet ist. Der Wirbelkanal ist sehr selten verengert, nur 1mal fand M. Verlagerung eines Wirbelfragmentes in das Lumen hinein. Die Lähmung ist also nicht auf Abknickung und Quetschung des Markes, sondern auf den Druck pachymeningitischer Granulationen und Abscesse zu beziehen. Vulpius (Heidelberg).

628. **Non-tubercular inflammation of the spine**; by T. Halsted Myers. (Med. News LXXIV. 21. p. 641. May 1899.)

Die nicht tuberkulöse Entzündung der Wirbelsäule wird nicht genügend beachtet, in der Praxis zusammengeworfen mit der tuberkulösen Spondylitis, in den Lehrbüchern mit einigen Worten abgehandelt. In Wahrheit ist sie durchaus nicht selten, ihre Aetiologie ist eine recht mannigfaltige.

Besprochen wird zunächst die *syphilitische* Spondylitis, die als Periosteitis, rareficirende Osteitis und als Gummi an allen Stellen des Wirbels und der Wirbelsäule auftreten kann.

Weiter kommen *rheumatische* Entzündungen in Betracht. Man kann wohl unterscheiden eine rheumatische Arthritis der Wirbelgelenke und eine Osteoarthritis. Erstere hat mehr akuten Charakter, letztere entspricht etwa der Arthritis deformans. M. will eine dritte Art hinzufügen, die sich durch Ossifikation der Ligamente charakterisirt.

Primäre oder sekundäre maligne *Neubildungen* der Wirbelsäule mit Kyphose sind nicht ganz selten. Auch *Syringomyelie* verursacht bisweilen Kyphose. *Gonorrhoische* Entzündungen sind sehr selten, eben so wohl typhöse. Manchmal kommen pyämische Lokalisationen an der Wirbelsäule vor.

Eine grosse Gruppe aber stellt unzweifelhaft die *traumatische* Spondylitis dar. Hier beruht die Gibbosität wohl auf einer verkannten oder nicht genügend beachteten Fraktur, die in Folge verfrühter Belastung zur Dislokation führt.

Für die Praxis ergeben sich neben anderen weniger wichtigen Punkten folgende Rathschläge: 1) antisyphilitisch behandeln, wo irgend Verdacht vorhanden; 2) längere Ruhe und Immobilisation anordnen, wo die Möglichkeit einer Fraktur vorliegt.

Vulpius (Heidelberg).

629. **Forcible straightening of the spine**; by A. M. Phelps. (Post-Graduate XIV. 2. p. 109. Febr. 1899.)

Ph. ist der Ansicht, dass das Calot'sche Redressement des Gibbus Erfolg verspricht im Be-

ginne des Leidens, bei geringer Deformität, bei Fehlen von Abscessen, bez. nach deren Heilung, bei Lähmung. Lumbale Erkrankungen sind gutartiger als dorsale.

Er befürchtet indessen, dass durch kritiklose Auswahl der Fälle und die dadurch bedingten Misserfolge die Operation in Verruf und in Vergessenheit kommen wird, in der sie 2400 Jahre schlummerte.

Vulpius (Heidelberg).

630. **La scoliose dite sciatique**; par Denucé. (Revue d'Orthop. 5. 1899.)

Nach zusammenfassender Besprechung der allerdings unvollständig gesammelten Literatur und auf Grund von 3 eigenen Beobachtungen kommt D. zu folgenden Schlüssen: 1) Eine Ischias scoliotica giebt es gar nicht! 2) Idiopathische Ischias veranlasst verschiedenartige Entlastungshaltungen. 3) Findet man zugleich eine mehr oder weniger fixirte Krümmung der Lendenwirbelsäule und eine Ischias, so ist meist eine Entzündung des Sacroiliacalgelenkes anzunehmen.

Vulpius (Heidelberg).

631. **Die Hornhaut, ein neues Material zur Herstellung orthopädischer Apparate**; von Vulpius. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 52. 1898.) Autorreferat.

Hornhaut ist eine präparirte Thierhaut, die sich in weichem Zustande sehr gut walken lässt, dann sehr hart und widerstandsfähig auch gegen Feuchtigkeit wird. Die mit diesem Materiale (Bezugsquelle *Oscar Wagner* in Düsseldorf) hergestellten orthopädischen Apparate, Corsette, starre Hülsen, Prothesen sind seit 2 Jahren in der V.'schen orthopädischen Anstalt im Gebrauche und haben sich gut bewährt.

632. **Das Princip der Construktion von Verbänden und Prothesen bei tuberkulöser Entzündung der Knochen und Gelenke**; von Dollinger. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. VII. 1. 1899.)

Genaue *Fixation* ist das Haupterforderniss zur Ausheilung tuberkulöser Entzündung. Sie kann durch Gipsverbände oder durch abnehmbare Hülsenapparate erreicht werden.

Die Extension ist weiter nichts als eine mangelhafte Fixation und theilweise Entlastung des kranken Gelenkes. Die *Entlastung* lässt sich ebenfalls ambulant im Verband oder Apparat erzielen. Sie dient dazu, Deformirung der entzündlich erweichten Knochen zu verhüten.

Vulpius (Heidelberg).

633. **Prevention and correction of short leg in hip disease**; by Robert Jones. (Lancet Dec. 17. 1899.)

Zur *Verhütung* der Beinverkürzung bei Coxitis empfiehlt J. strenge Erhaltung der Abduktion, zugleich aber auch der Streckstellung, ferner bei eingetretener Verschiebung des Kopfes alsbaldige Vornahme von Repositionversuchen.

Besteht eine knöcherne Hüftankylose neben der Verkürzung, so sind schräge transtrochantere Osteotomie, subcutane Adduktorendurchschneidung, Heilung in Abduktion angezeigt. Ist aber die Ankylose eine fibröse, so wird das Redressement gemacht, dann die Abduktion durch langdauernde Fixation gesichert, da hier Recidive häufiger sind als nach Osteotomie. Vulpius (Heidelberg).

634. **De la coxa vara congénitale**; par Mouchet. (Gaz. hebd. XLVI. 41. 1899.)

M. berichtet über 2 Fälle, die er als congenitale anzusprechen sich berechtigt glaubt. Bezüglich der Aetiologie erwähnt er die Möglichkeit eines intrauterinen Schenkelhalsbruches, der mit Dislokation verheilt ist.

Der Schenkelhalsbruch ist bei Kindern neuerdings viel häufiger festgestellt worden, besonders mit Hülfe der Radiographie, als man früher annahm. Vulpius (Heidelberg).

635. **La hanche bote et son ostéo-arthrite**; par Jaboulay. (Lyon méd. LXXXIX. p. 469. Déc. 1898.)

J. glaubt, dass manche Fälle von Coxa vara zu beziehen sind auf *ungleiche Länge der Beine*. Das längere Bein werde abnorm belastet, dadurch entstehe eine Art entzündlicher Gelenkreizung, die sowohl Spasmen, wie auch Erweichung des Knochens erzeugt. In Folge letzterer rückt der Schenkelkopf abwärts. Vulpius (Heidelberg).

636. **Ueber Coxa vara traumatica infantum**; von Dr. Joachimsthal. (Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 71. 1899.)

J. zeigt durch eine eigene Beobachtung, dass auch für die Schenkelhalsverkrümmungen im frühen Kindesalter gelegentlich ein offenbar traumatischer, zu einer Lösung der Kopfepiphyse führender Anlass die Deformität einleiten und bedingen kann.

Es handelte sich um ein $5^1/_2$jähr. Mädchen, das nach Sprung durch einen Reifen Schmerzen in der rechten Hüfte bekam und zu hinken anfing. Der Fall bot das typische Bild der Coxa vara; im Röntgenbilde erschien die Epiphysenlinie am rechten Femurkopfe verdickt und geknickt. Es handelte sich also einfach um eine traumatische Epiphysenlösung. Symptome von Rhachitis bestanden nicht. P. Wagner (Leipzig).

637. **Difformité consécutive à une résection du tibia etc.**; par Walther. (Revue d'Orthop. Nr. 3. 1899.)

Bei einem 18jähr. Burschen war vor 3 Jahren wegen Osteomyelitis ein 6 cm langes Stück aus dem unteren Ende der Tibiadiaphyse resecirt worden. Die Fibula hatte nun allein die Stützfunktion zu übernehmen und, da sie von einer Infektion betroffen wurde, kam es zu einer starken Verbiegung des Unterschenkels und Fusses.

Die Correktur wurde von W. erzielt durch Resektion eines 4 cm langen Stückes aus der Fibula, welche letztere sich als stark hypertrophisch erwies, offenbar unter dem Einflusse der gesteigerten funktionellen Inanspruchnahme. Vulpius (Heidelberg).

638. **Subluxation du V. Metatarsien etc.**; par Morestin. (Revue d'Orthop. Nr. 4. 1899.)

Eine seltene Indikation zur Arthrodese war in dem M.'schen Falle gegeben durch eine habituelle Luxation der Basis des 5. Mittelfussknochens nach oben innen, die sich nach einem Fehltritte entwickelt hatte.

Nachdem ein fixirender Gipsverband erfolglos geblieben war, wurde die Arthrodese mit gutem Erfolge ausgeführt. Die Nachuntersuchung nach etwa einem Jahre ergab, dass zwar eine ganz geringe Beweglichkeit des Gelenks geblieben war, dass aber keine Neigung zu erneuter Dislokation vorlag. Vulpius (Heidelberg).

639. **Les difformités acquises des orteils**; par Kirmisson. (Revue d'Orthop. Nr. 2. 1899.)

H. weist darauf hin, dass keineswegs nur unzweckmässiges Schuhzeug Deformitäten der Zehen erzeuge, dass vielmehr sehr häufig Leute damit behaftet sind, die niemals sogen. elegante Stiefel getragen haben. Er vermuthet, dass es sich hierbei nur um die örtliche Aeusserung einer allgemeinen Krankheit handle, namentlich des chronischen Rheumatismus, ferner aber auch um nervöse Störungen. Gelegentlich liegen auch Unregelmässigkeiten in der Epiphysenentwickelung zu Grunde analog dem Genu valgum.

Vulpius (Heidelberg).

640. **Pied bot varus d'origine traumatique etc.**; par Kirmisson. (Revue d'Orthop. Nr. 3. 1899.)

Ein Kind erlitt mit 3 Jahren eine Durchtrennung der Peronäalmuskeln, die nicht beachtet wurde. Mit 6 Jahren wurde wegen Klumpfusses die Sehnennaht gemacht. Mit 10 Jahren kam das Kind zu K., der wegen Recidivs des Klumpfusses die Arthrodese ausführte.

K. glaubt, dass die Sehnennaht zwar gelungen sei, aber doch eine Dehnung der Sehnennarbe nicht habe verhüten können, die nun ihrerseits von Neuem die fehlerhafte Fussstellung veranlasste.

Da die Sehnennaht so wenig zuverlässig sei, meint K., die Arthrodese der Sehnenüberpflanzung vorziehen zu sollen. Vulpius (Heidelberg).

641. **Zu den Klumpfussoperationen**; von A. Schanz. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 25. 1899.)

Sch. glaubt, dass ein Theil der Recidive nach dem Redressement des Klumpfusses auf die frühzeitige Achillotenotomie zu beziehen ist. Er räth, den redressirten Fuss erst für einige Wochen in Equinusstellung einzugipsen, bis er nicht mehr zurückfedert, und dann erst zu tenotomiren. [Kleine Füsse werden dabei sehr häufig aus dem Verbande herausschlüpfen. Ref.] Vulpius (Heidelberg).

642. **Le pied forcé**; par Boisson et Chapotot. (Arch. de Méd. et de Pharm mil. XXXIII. 2. p. 81. Févr. 1899.)

Dem „pied forcé" („Fussgeschwulst") der Infanteristen ist wie in Deutschland, so auch in Frankreich neuerdings mehr Interesse geschenkt worden, namentlich seitdem die Radiographie das Wesen des Leidens aufgeklärt hat. B. u. C. theilen ihre Erfahrungen und Ansichten über das Leiden mit und kommen zu folgenden Schlüssen. Man muss zwei Arten des Pied forcé trennen: 1) Es handelt sich um Diaphysenbrüche von Mittelfussknochen. 2) Es bestehen Verstauchungen und arthritische Processe in den Metatarsalgelenken. Die Affektion kann durch langes Marschiren entstehen oder aber durch plötzliche Traumen. Im ersteren Falle ist die Prognose günstiger.

Vulpius (Heidelberg).

643. **Die Brüche der Mittelfussknochen in ihrer Bedeutung für die Lehre von der Statik des Fusses**; von G. Muskat. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. 258. 1899.)

Durch neuere Untersuchungen, und zwar mit Zuhülfenahme der Röntgenstrahlen, ist festgestellt worden, dass die sogen. *Fussgeschwulst* auf einem Bruche der Mittelfussknochen beruht. Das Eigenthümliche und Neue ist 1) dass die Brüche der Mittelfussknochen ohne direkte Gewalteinwirkung zu Stande kommen und 2) dass fast ausschliesslich der 2. und 3. Mittelfussknochen befallen wird. Dieser letztere Umstand findet dadurch seine Erklärung, dass die neuere wissenschaftliche Forschung und die Röntgenstrahlen unwiderleglich klargelegt haben, dass der vom Körper belastete Fuss folgende drei Stützpunkte hat: Calcaneus, Capitulum metatarsi II, Capitulum metatarsi III.

P. Wagner (Leipzig).

644. **Zur totalen Entfernung des knöchernen Schultergürtels**; von Dr. Könitzer. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 594. 1899.)

Dass die Ansichten über die Behandlung des Sarkoms des Oberarms noch weit auseinandergehen, beweisen die verschiedenen Vorschläge, in denen bald die alleinige Entfernung des Tumor, bald die Absetzung des Arms, bald die totale Entfernung des knöchernen Schultergerüstes gefordert wird. Für die letztere Operation ist besonders Berger eingetreten und K. vertheidigt sie auf Grund von 5 Operationen, die innerhalb der beiden letzten Jahre in der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses Bethanien in Stettin vorgenommen wurden. Bei diesen totalen Entfernungen des knöchernen Schultergürtels handelte es sich 4mal um Sarkom, 1mal um Tuberkulose. 1 Kranker (Sarkom) starb kurz nach der Operation; die 3 anderen Sarkomkranken waren 3, 5 und 20 Monate nach der Operation noch gesund und recidivfrei. Der wegen Tuberkulose operirte Kranke soll 1 Jahr nach dem Eingriffe an einer unbekannten Krankheit gestorben sein.

K. hat die bis 1896 gehende Schultz'sche Statistik weiter geführt und aus den letzten Jahren 29 Fälle von totaler Entfernung des knöchernen Schultergürtels gesammelt; 24 Kranke wurden wegen Tumoren operirt (1 starb im Anschlusse an die Operation). 5 Kranke waren nach einem bis mehreren Jahren noch recidivfrei.

P. Wagner (Leipzig).

645. **Zur operativen Therapie der habituellen Schultergelenksluxation**; von Dehner. (Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. Nr. 5. 1898.)

Die wenigen bisher bei diesem Leiden versuchten Operationen bezweckten eine Verengerung der Vorderkapsel. Dadurch wird aber der Kopf erst recht nach vorn gezogen, was besonders ungünstig ist, wenn schon Abschleifungen am Pfannenrande bestehen.

D. drang von hinten her nach Spaltung des Deltoides auf die Kapsel vor, fand die Sehnen des M. supra- und infraspinatus abgerissen, nähte die gefaltete Kapsel mit Steppnaht und erzielte ein sehr schönes Resultat, ein durchaus normal bewegliches Schultergelenk.

Vulpius (Heidelberg).

646. **Troubles d'accroissement des os de l'avant-bras etc.**; par Gérard Marchand. (Revue d'Orthop. Nr. 4. 1899.)

Bei einem 18 Jahre alten Burschen fand sich als Folge eines vor 8—9 Jahren erlittenen Radiusbruches eine relative Wachsthumsverlängerung der Ulna. Die Speiche war in der Entwickelung zurückgeblieben, offenbar in Folge von Epiphysenlösung. Die Ulna prominirte neben dem Metarcapale V und bedingte Verlagerung der Hand nach der Radialseite und fast völlige Unbrauchbarkeit derselben. Es wurde ein 2 cm langes Stück der Ulna entfernt, und zwar aus der Diaphyse. Der Erfolg war sowohl hinsichtlich der Stellung, als der Gebrauchsfähigkeit der Hand befriedigend.

Vulpius (Heidelberg).

647. **Deux cas d'hypertrophie congenital des membres**; par Galvani. (Revue d'Orthop. 1898.)

1) 18jähr. Pat. mit enormer angeborener Hypertrophie des 2. und 3. Fingers der rechten Hand. Ein Onkel hat die gleiche Missbildung am Zeigefinger. Beide Finger wurden, weil störend, amputirt.

2) 18jähr. Pat. mit Hypertrophie der 1., 2. und 3. Zehe des rechten Fusses, die, angeboren, in den letzten 4 Jahren rasch zunahm. Aussehen, Beweglichkeit der Zehen waren normal. Amputation der störenden 2. Zehe.

Vulpius (Heidelberg).

648. **Adenoids as an etiological factor in orthopedic deformities**; von F. Coolidge. (Medicine Nr. 7. 1898.)

C. bringt ein halbes Dutzend Fälle, in denen sich adenoide Rachenwucherungen oder deren Residuen neben orthopädischen Leiden fanden. Er erwägt die Möglichkeiten des inneren Zusammenhanges beider Affektionen: 1) Beides ist ein Degenerationzeichen. 2) Die Deformität entsteht durch Athmungsbehinderung. 3) Die Deformität entsteht durch ein tuberkulöses Gelenkleiden, die Infektionpforte bildeten die Wucherungen. 4) Die Wucherungen erzeugen allgemeine nervöse Schwäche, diese die Deformität.

Die Erklärungsversuche sind, ausgenommen Nr. 2, doch recht gewaltsam herbeigezogen.

Vulpius (Heidelberg).

649. **Ueber multiple Angiosarkome.** *Ein Beitrag zur Geschwulstlehre*; von Dr. Fritz König. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 600. 1899.)

Bei einem 61jähr. Manne stellten sich unter lebhaften Schmerzen am linken Fusse Hautveränderungen am Nagelgliede der 2., dann der 4., endlich der 5. Zehe ein, die als leichte Gangränherde des Altersbrandes aufgefasst wurden (Schmerzen, Verfärbung der Haut, Entzündung, Schorfbildung). Unbedeutende Eingriffe (Incision, beziehungsweise mit Extraktion des Nagels der 4. Zehe, wobei sich Blut entleerte) führten allmählich zur Heilung unter pigmentirter Narbenbildung. An der 5. Zehe blieb jedoch an Stelle des Nagels ein braunschwarzer Schorf, der sich nicht abstossen wollte. Die ganze Zehe bläulichgrau gefärbt. Keine Demarkation. Da wurden (nach ca. 5 Monaten) zwei Tumoren in der Wadenmuskulatur und tief in der Kniekehle desselben Beines constatirt, wallnussgross, hart.

Exstirpation der Tumoren: unter der Fascia, in der Muskulatur gelegene knollige, ziemlich gut abgekapselte, aber doch fest mit den Muskelinterstitien verbundene Geschwülste von fleckigem Aussehen, theils dunkelroth, theils grauweiss gefärbt. Bei der Exstirpation der 5. Zehe zeigte sich im M. interosseus, zwischen Metatarsus IV und V, ein gleichfalls intensiv rother, runder Tumor, der offenbar in den Metatarsus V hineinging. Daher Entfernung dieses Knochens mit der Geschwulst. Später noch Amputation der 2. bis 4. Zehe im Metatarsus.

Ein Sagittalschnitt durch die Knochen ergab: 1) im Capit. metatarsi V einen erbsengrossen rothen Tumor, Knochen durchbrochen, unmittelbarer Zusammenhang mit der im Interosseus gefundenen Tumormasse — ein haselnussgrosser röthlich-grauer Tumor im Endglied, die Phalanx III ersetzend, auf die II. übergehend, an der Stelle des Nagels als Schorf erscheinend; 2) einen linsengrossen rothen Tumor in der Endphalanx der 2. Zehe, unter der pigmentirten Narbe der verheilten Incision, die Phalanx zum Theil ersetzend; 3) an der 4. Zehe: Mangel der Endphalanx und des Nagels, an der Stelle der Narbenschrumpfung eine stecknadelkopfgrosse braune Partie.

Der Kr. ist geheilt, weitere Geschwülste sind nicht nachweisbar. (Anfang der Erkrankung Juni 1898, Endcontrole 17. April 1899.)

Histologisch müssen die Geschwülste in die Rubrik der Tumoren eingereiht werden, die man bald als Endotheliome, Endothelsarkome, bald als Angiosarkome bezeichnet hat.

Das Hauptgewicht möchte K. auf die Beobachtung legen, dass unter den Augen des Arztes multiple Neubildungen, die man bis jetzt den Geschwülsten zuzählen muss, und die sich durch ihre Eigenschaften als bösartig erweisen, fast ganz zur anatomisch nachgewiesenen Heilung kommen. K. scheint in dem Aufbau der Geschwulst selbst die Anlage zur Spontanheilung begründet: Hervorrufen des Angiosarkoms durch eine auf die Endolien wirkende Schädlichkeit, Geschwulstbildung und in gleicher Weise entzündliche Exsudation durch diese Erkrankung der Gefässwände. Indem die Entzündung und ihre Folgen die Oberhand gewinnen, verschwindet der eigentliche Geschwulstprocess und kommt zur Heilung.

P. Wagner (Leipzig).

650. **Mucocele des Sinus frontalis**; von Dr. Otto Hallauer in Basel. (Ztschr. f. Augenhkde. II. p. 159. 1899.)

H. beobachtete bei einer 35jähr. Frau eine **Mucocele des Sinus frontalis von ganz ungewöhnlich grosser Ausdehnung.**

Die Pat. hatte in der Kindheit an Otitis media gelitten, war aber sonst nie krank gewesen. Zum 1. Male trat im 17. Lebensjahre ein Knoten am oberen Lide auf, die Geschwulst nahm immer mehr zu, machte sich aber ausser durch ihre Grösse und die bewirkte Entstellung weder durch Schmerz, noch durch eine andere Störung bemerkbar. Und doch war die Geschwulst 9 cm hoch, 10 cm breit und der Augapfel fast bis in die Höhe der Nasenspitze, also über 4 cm nach unten verdrängt. Es bestand kein Doppeltsehen, die Beweglichkeit des Auges war nur nach oben beschränkt, der Augenhintergrund war nur wenig verändert. Nach der Entleerung der Cyste (breiter Einschnitt von der Augenbrauengegend aus) rückte der Augapfel von selbst um über 2 cm wieder nach oben. Die Cystenwand war bis auf 6.6 mm verdickt, der Cysteninhalt war eine rothbraune, zähe, glasige Masse, die grosse, mit Fetttröpfchen vollgepropfte Körnchenzellen, kernhaltige Rundzellen, aber keine Mikroorganismen enthielt.

H. empfiehlt für solche Cysten als Operation die Entfernung von aussen (nicht von der Nase aus, wegen Gefahren der Verletzung der dünnen Sinuswand) und Herstellung ausreichender Communikation mit der Nase. Nicht zu empfehlen sind einfache Punktionen, da das Sekret sich schnell wieder ansammelt und ausserdem die Gefahr einer eiterigen Infektion des Cysteninhaltes gegeben ist. Lamhofer (Leipzig).

651. **Fetthernien der oberen Augenlider**; von H. Schmidt-Rimpler. (Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 297. Oct. 1899.)

Bei älteren Leuten findet man, wohl als Folge der Erschlaffung der Fascien, Wülste im inneren Augenwinkel und ein Herabhängen des oberen Lides. Schm.-R. sah diese verdickten herabhängenden Lider bei einem 19jähr. Mädchen, bei dessen Mutter der gleiche Zustand vorhanden war.

Die Wulstung wurde für eine abnorme Fettansammlung unter der Haut gehalten, aber nach Ausschneidung der Haut über der Geschwulst zeigte es sich, dass unter ihr ein 6 mm grosses Loch in der Orbitalmuskulatur war, aus dem ein von der Fascie bedeckter Wulst von Orbitalfett hervordrang. Nach Ausschneidung des Fettes, Sutur der Fascie und der Haut trat Heilung ein. Die Haut des Lides hatte aber in Folge der lange dauernden Ausdehnung das von Fuchs erwähnte Aussehen wie zerknittertes Cigarrettenpapier.

Schm.-R. glaubt, dass auch die im späteren Alter auftretenden Wülste der Lider auf angeborenem Defekt oder angeborener Schwäche der Muskulatur beruhen. Es betrifft das die Stelle, wo nach Henle die mehr senkrecht ziehenden Theile des M. orbicularis orbitalis mit den mehr horizontalen des M. orbicularis palpebralis zusammenstossen. Lamhofer (Leipzig).

652. **Larmoiement paroxystique hystérique**; par le Dr. C. Fromaget, Bordeaux. (Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 61. 1899.)

Ein 26jähr. Mädchen, dessen Vater und Schwester sehr nervös waren, das selbst verschiedene hysterische Zeichen bot, wurde im Januar 1899 von F. wegen eines einfachen, aber äusserst hartnäckigen Bindehautkatarrhes mit allen möglichen Mitteln behandelt. 2 Monate später strömten in Zwischenpausen von 5—15 Minuten ohne alle nachweisbare Veranlassung Thränen aus den Augen. In den Zwischenpausen waren die Augen fast normal, kaum etwas geröthet. Während der Nacht thränten die Augen nicht. Alle angewandten Mittel waren vergeblich. Lamhofer (Leipzig).

653. **Ueber das Vorkommen der Diplobacillenconjunctivitis**; von Dr. Reinhard Hoffmann in Greifswald. (Arch. f. Ophthalm. XLVIII. 3. p. 638. 1899.)

Bei circa 100 Augenkranken der Greifswalder Augenklinik fand H. 50mal den von Morax und Axenfeld beschriebenen Diplobacillus in dem Sekrete der Bindehaut, theils frei, theils in Zellen, meist zu zweien in der Längsrichtung aneinander gelegt, selten in längeren Ketten. Die Bacillen sind ohne Kapsel, entfärben sich nach Gram.

Die objektiven und subjektiven Zeichen dieser Diplobacillenconjunctivitis sind die eines subakuten Katarrhs. Röthung der Lidränder besonders am inneren Winkel, Schwellung der Bindehaut, Eiterabsonderung, Schwellung der Carunkel und Plica. Der Augapfel selbst bleibt fast stets frei. Brennen, Jucken sind die subjektiven Beschwerden. Diese Conjunctivitis findet sich zu jeder Jahreszeit bei Jungen und Alten, mehr beim männlichen Geschlechte und bei der Land- und Arbeiterbevölkerung, braucht zu ihrer Entwickelung 2—3 Tage, dauert gewöhnlich 2—3 Wochen und heilt ohne Recidive unter längerer Einträuflung von 1proc. Zinklösung. Lamhofer (Leipzig).

654. **Coloboma lentis congenitum**; von Dr. Richard Kämpffer in Hamburg. (Arch. f. Ophthalm. XLVIII. 3. p. 558. 1899.)

K. bespricht kritisch alle bisher in der Literatur erwähnten Fälle von Linsencolobom und stellt sie tabellarisch zusammen. Das angeborene Linsencolobom dürfte gar nicht so selten sein, wie es nach den Veröffentlichungen scheint. Das angeborene Linsencolobom ist nach K. ein randständiger, an verschiedenen Stellen des Randes befindlicher, wahrer oder scheinbarer Defekt einer sonst normal gestalteten Linse, dessen Form sich zwischen der einer Einkerbung und der einer Sichel bewegt. Die Ursache kann eine verschiedene sein. Zu den wirklichen Defekten werden auch die in Folge von Insufficienz der Zonula Zinnii entstehenden Pseudodefekte gerechnet. Das Colobom wurde mehr bei Männern als bei Frauen beobachtet. Die durch das Colobom entstehenden Störungen sind gering. Oft wurde eine durch den Bau des Auges nicht erklärliche Kurzsichtigkeit angegeben. Fötale Entzündung, gestörter Schluss der Fötalspalte, Persistenz embryonaler Gefässe oder Mangel solcher Gefässe, unsymmetrische Entwickelung der Zonula — All' das wird als Ursache von Colobomen der Linse von den einzelnen Autoren erwähnt und ist es auch in den einzelnen Fällen.

Lamhofer (Leipzig).

655. **Ein Fall von Augenmuskelmetastasen nach Carcinoma mammae**; von Dr. H. Wintersteiner in Wien. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 331. Sept. 1899.)

Eine an Carcinom der linken Brust und an Krebsablagerungen in verschiedenen Organen verstorbene 58jähr. Frau, bei der während der letzten Lebenstage Beweglichkeitstörung des rechten Auges bestand, hatte, wie die anatomische Untersuchung zeigte, auch in den Augenmuskeln Krebsablagerungen. Im M. rectus internus und M. rectus inferior fand W. ein hanfkorngrosses Krebsknötchen; aber auch in allen anderen Augenmuskeln bestand Infiltration mit Krebszellen, wenn auch von geringerer Ausdehnung. Dort, wo Knötchen vorhanden waren, fiel besonders die schwielige Verdickung des Perimysium extern. et internum auf. An den Fasern der Muskeln war nur einfacher Schwund, kein Eindringen von Krebszellen in die Sarcolemmschläuche nachzuweisen. Was die Nerven betrifft, so waren sie nirgends von den Geschwülsten gedrückt oder zum Schwunde gebracht, weshalb W. die Lähmung der Muskeln als eine rein muskuläre auffasst.

Im Uebrigen müssen wir auf die genauere Schilderung und Abbildung dieses sehr seltenen pathologisch-anatomischen Befundes in der Abhandlung verweisen.

Lamhofer (Leipzig).

656. **Ueber Glioma retinae**; von Jakob Isler in Basel. (Inaug.-Diss. Basel 1899. Buchdruckerei von M. Werner-Riehm.)

Mit einer Schilderung der Symptome und des Verlaufes des Netzhautglioms giebt Is. 15 Krankengeschichten von Kindern mit Gliom, die in der Augenklinik in Basel von 1864—1898 behandelt worden sind. Die Diagnose auf Gliom war in dieser Zeit 17mal gestellt worden, aber 1mal handelte es sich um Tuberkulose der Aderhaut, 1mal um Iridocyclitis mit vollständiger Netzhautablösung. 3 Kr. mit doppeltseitigem Gliom wurden nicht operirt. 1 Gliomfall kam auf 3652 Augenkranke, also 0.027%. Von den 11 Operirten leben noch 5. Bei diesen waren die ersten Krankheitzeichen nicht länger als 3 Monate vor der Operation bemerkt worden. Heilung kann nach Is. im 1. und im 2. Stadium der Krankheit noch erwartet werden. Is. tritt auch für Operation ein, wenn die Krankheit doppeltseitig ist, da für den Arzt die Erhaltung des Lebens eben Pflicht sei.

Lamhofer (Leipzig).

657. **Neuritis optica und Myelitis acuta**; von Dr. Albin Dalén. (Arch. f. Ophthalm. XLVIII. 3. p. 672. 1899.)

In der Universität-Augenklinik von Prof. Fuchs in Wien und später in der medicinischen Klinik von Prof. Nothnagel wurde ein kräftig gebauter 48jähr. Tagelöhner behandelt, der bei seiner Aufnahme über Abnahme des Sehvermögens beider Augen klagte, das er auf eine 4 Wochen vorher erlittene starke Erkältung nach starker Erhitzung bezog. Schon am Abende der Erkältung soll das linke Auge trüb gesehen haben, nach 8 Tagen erblindete es fast vollständig, nach 14 Tagen nahm auch das Sehvermögen des rechten Auges ab und dieses erblindete auch. Die Sehnervenpapille des rechten Auges blass, besonders nach aussen, die des linken Auges grau verwaschen; die umgebende Netzhaut zart getrübt, in der Macula des linken Auges waren kleine eben sichtbare Entfärbungsherde. Nach weiteren 14 Tagen klagte der Kr. über Steifheit der Beine; es trat Lähmung derselben, Lähmung der Blase, des Mastdarmes ein, und in den nächsten Tagen entwickelte sich rasch das Bild einer akuten ascendirenden Myelitis spinalis, an der der Kr. etwa 2 Monate nach der Erkältung starb. Bei der *Sektion* fand man eine myelitische Erweichung, vorzugsweise des Lenden- und Brustmarkes, in geringerem Grade auch des Halsmarkes, während Medulla oblongata und Gehirn makroskopisch keine Veränderungen zeigten. Die im Chiasma und den Sehnerven gefundenen Veränderungen waren analog dem Bilde bei akuter Myelitis. Vollständiger Schwund der markhaltigen Fasern im intraorbitalen Abschnitte des linken Opticus, in den intracraniellen Abschnitten der beiden Optici, im Chiasma und den angrenzenden Theilen der Tractus; stark erweiterte Gefässe, Blutungen; Wucherung der Glia-Elemente in beiden Opticis; mässige neuritische Atrophie beider Papillen und der angrenzenden Nervenfaserschicht der Netzhaut. Die Untersuchung auf Mikroorganismen war erfolglos.

Lamhofer (Leipzig).

658. **Ueber einen Fall von Resektion des Ganglion cervicale supremum sympathici**; von Dr. W. Zimmermann in Stuttgart. (Sond.-Abdr. aus d. Ophthalm. Klinik Nr. 14. 1899.)

Z. hat die bisher nur von Wenigen ausgeführte Resektion des Ganglion cerv. supr. und eines 1 cm langen Stückes des aus ihm austretenden Nerven bei einem 34jähr. Manne mit chronischem Glaukom beider Augen ausgeführt, nachdem wiederholte Iridektomien die Spannung nicht zu vermindern und den Verfall des Sehvermögens nicht aufzuhalten vermochten. Sofort nach der Durchschneidung wurde die Pupille so klein, wie sie auch nach den stärksten Eseringaben niemals geworden war, und der Augapfel wurde weich. Die wiederholte Reizung des freigelegten Ganglion supr. während der Operation durch einen schwachen faradischen Strom hatte stets ganz deutliche Erweiterung der Pupille zur Folge; nach der Reizung trat wieder Verengerung ein.

Lamhofer (Leipzig).

659. **Ueber die Veränderungen des Astigmatismus unter einigen physikalischen und physiologischen Einflüssen**; von Dr. N. Botwinnik in Petersburg. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 336. 1899.)

Viele Kurzsichtige und Astigmatiker pflegen durch Blinzeln, Ziehen der Augenlider nach aussen oben, Druck mit dem Finger auf das Auge u. dgl. ihr mangelhaftes Sehvermögen zu verbessern. Nach den in mehreren Tabellen dargestellten Untersuchungen von B. in der Klinik von Bellarminoff wird durch die angegebenen Einwirkungen die Wölbung der Hornhaut besonders junger Leute leicht verändert, wozu dann noch die Verkleinerung der Lidspalte kommt. Das Blinzeln ruft Abflachung der Hornhaut, hauptsächlich im vertikalen Meridian hervor und leistet bedeutende Dienste bei Selbstcorrektion des gewöhnlichen Astigmatismus und theilweise auch der Myopie. Eine gleiche Wirkung wie das Blinzeln übt auf die Hornhautwölbung auch das Auseinanderziehen der Lider nach oben und unten aus.

Das Wegziehen der Lidhaut nach aussen ruft Abflachung des horizontalen und stärkere Krümmung des vertikalen Meridians hervor und leistet dadurch bedeutende Dienste bei Selbstcorrektion

des Astigmatismus von umgekehrtem Typus und der einfachen Myopie (in Folge von bedeutender Abflachung des horizontalen Meridians).

Das Aufdrücken auf das Auge in der Richtung nach innen hat eine dem Nachaussenziehen der Lider entgegengesetzte Wirkung und ist ein, wenn auch höchst seltenes, so doch wirksames Mittel für die Correktion des gewöhnlichen Astigmatismus.

Zur Selbstcorrektion des Astigmatismus, also zum Ausgleiche des Astigmatismus der Hornhaut durch accommodativen Astigmatismus der Linse geht B. trotz der Arbeiten von Hess wieder auf die Ansicht von Dobrowolski, Annahme einer ungleichmässigen Accommodation, zurück, für die er das Ergebniss sehr vieler klinischer Untersuchungen an astigmatischen, durch Atropin gelähmten Augen in mehreren Tabellen anführt. Der Grad des Hornhaut-Astigmatismus, der durch ungleichmässige Accommodation corrigirt werden kann, schwankt zwischen 0.5—2.5 Dioptrieen. Wahrscheinlich entwickelt sich, eine Folge des Strebens des Organismus nach Selbsthülfe, der Theil des Accommodationmuskels stärker, bei dessen Contraktion die beste Correktion des Astigmatismus stattfindet. Lamhofer (Leipzig).

660. **Kann Schielen Schwachsichtigkeit verursachen?** von Dr. M. Sachs in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 25. 1899.)

Früher hatte man die Schwachsichtigkeit des Schielauges als Folge des Schielens angesehen, später nahm man an, dass umgekehrt die Schwachsichtigkeit des Auges eine der Ursachen des Schielens sei, und stellte eine Amblyopia ex anopsia vollständig in Abrede. Richtig ist, dass Schwachsichtigkeit das Schielen begünstigt und dass ein schielendes Auge schwachsichtig werden kann. Wir wissen auch, dass nach Verlust des besser sehenden, nicht schielenden Auges das früher schwachsichtige schielende, nunmehr allein gebrauchte Auge an Sehkraft immer mehr zunehmen kann. S. macht darauf aufmerksam, dass die Schwachsichtigkeit des schielenden Auges besonderer Art sei, dass sie in dem Verluste der Fähigkeit bestehe, beim Sehen mit beiden Augen den Eindrücken des abgelenkten Auges die volle Aufmerksamkeit zuzuwenden. Beim alternirenden Schielen entsteht keine Schwachsichtigkeit; der Schutz gegen den Verfall des Sehvermögens besteht hier in der Möglichkeit des alternirenden Fixirens. Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

661. **Ueber die Filtrationskraft des Bodens und die Fortschwemmung von Bakterien durch das Grundwasser.** Versuche von Dr. Francesco Abba, Dr. Edmondo Orlandi, Dr. Alipio Rondelli. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 1. p. 66. 1899.)

Durch die Untersuchungen sollte die Filtrationkraft des oberhalb und an den Seiten der Filtergallerien des Turiner Wasserwerkes gelegenen Bodens geprüft und gleichzeitig erforscht werden, wie weit die durchgesickerten Bakterien vom Grundwasser mit fortgeschwemmt werden. Von der zur Anwendung gekommenen Technik ist hervorzuheben, dass als geeignetster Mikroorganismus zur Prüfung der Filtrationkraft des Bodens der bekannte Bacillus prodigiosus erkannt wurde, von dem man sich schnell und leicht grosse Mengen durch Anlegen von Gelatineplatten verschaffen kann. Bei Filtrationversuchen mit dem Bacillus prodigiosus können gleichzeitig auch Farbstoffe verwendet werden, da diese keinen Einfluss auf die Vitalität des Prodigiosus haben. Die intensivste Färbekraft, auch bei grosser Verdünnung, besitzen Methyleosin und Uranin. Es ergab sich, dass bei Filtrationversuchen, die in grosser Entfernung von dem zu verunreinigenden Wasser vorgenommen werden, die bakteriologische Methode zuverlässiger, als die physikalische ist, weil die Bakterien früher als der Farbstoff im Wasser erscheinen. Der Bacillus prodigiosus verbleibt sehr lange im Boden, selbst in den tiefsten Schichten. Unter den gewöhnlichen Bedingungen wurde er bei 30 cm starker Humusschicht, 130 cm dicker Grobsandschicht und 50—70 cm mit sandiger Erde vermischter Kieselsteinschicht gar nicht in die Wassergallerien verschleppt oder in solcher Verdünnung, dass er bei den täglich vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen des Wassers sich nicht nachweisen liess. Hingegen kann er nach längeren Regenperioden in das Wasser gelangen und so ein werthvoller Fingerzeig zur Feststellung des Einflusses werden, den die lokalen Meteorwässer oder die künstlich auf das Terrain der Gallerien geleiteten Wässer auf das normaler Weise in diese eintretende Trinkwasser haben. In einem Versuche gelang es, den Durchgang des 200 m aufwärts von einer Filtergallerie auf den Boden ausgesäten Bacillus prodigiosus festzustellen.

M. Ficker (Leipzig).

662. **Doppelte Sandfiltration für centrale Wasserversorgung**; von Eugen Götze in Bremen. (Arch. f. Hyg. XXXV. 3 u. 4. p. 227. 1899.)

Nach den Beobachtungen an allen Wasserwerken, die Oberflächenwasser durch Sandfiltration reinigen, haben auch die tadellos angelegten Filter Zeiten geringer Leistung: das sind die ersten Tage nach jeder Filterreinigung und sodann die Zeiten des Hochwasserstandes der zur Wasserversorgung herangezogenen Flüsse. In beiden Fällen wird die Filterthätigkeit beeinträchtigt durch den Mangel einer für den gerade vorhandenen Keim-

gehalt des Rohwassers genügenden Verschlammung des Filters. Diese Missstände, wie sie jedes Sandfilter-Wasserwerk haben muss, können selbstverständlich zu schwersten Schädigungen Anlass geben, weil dann ganz bedeutende Keimmengen in das Reinwasser übergehen. G. empfiehlt, ein schlecht filtrirtes Wasser dadurch unschädlich zu machen, dass es einfach nochmals filtrirt wird, diese Nachfiltration hat aber in *verschlammten* Filtern zu geschehen, „die mit Rohwasser von nicht zu schlechter Beschaffenheit eingearbeitet sind". G. berichtet über die Erfahrungen, die er mit dieser Methode gewonnen hat. Danach ist die Abnahme der Keime allerdings eine ganz erhebliche, ebenso die Abnahme des Gehaltes an feinem Thon, durch den namentlich die Hochwässer ihre Trübung erfahren. Da das Verfahren auch einen nicht unbeträchtlichen pekuniären Vortheil darbietet, weil nunmehr alles Wasser nutzbar gemacht werden kann, auch das, was früher als ungenügend gereinigt unbenutzt abgelassen werden musste, so bedeutet es entschieden einen Fortschritt.

M. Ficker (Leipzig).

663. 1) **Experimentelle Untersuchungen über die Gewöhnung an Fabrikgase** *(Ammoniak, Chlor, Schwefelwasserstoff)*; von Prof. K. B. Lehmann in Würzburg. (Arch. f. Hyg. XXXIV. 4. p. 272. 1899.)

2) **Wie viel Chlor nimmt ein Hund in einer Chloratmosphäre auf und auf welchem Wege?** von Demselben. (Ebenda p. 308.)

3) **Der Kohlensäuregehalt der Inspirationsluft im Freien und im Zimmer**; von Demselben. (Ebenda p. 315.)

4) **Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygieinisch wichtiger Gase und Dämpfe auf den Organismus.** Theil VIII: *Beiträge zur Kenntniss der Terpentinölwirkung.* Theil IX: *Untersuchungen über die langdauernde Wirkung mittlerer Kohlensäuredosen auf den Menschen;* von Demselben. (Ebenda p. 321. 335.)

1) Die mit staunenswerthem Fleiss ausgeführten mühsamen Versuche ergeben, dass Hunde nach und nach Mengen von Chlor und Ammoniak ohne besondere Schwierigkeiten ertragen, die etwa 2.5—4mal so gross sind wie die, die von Anfang an ertragen werden, gleichgültig, ob das Versuchsthier von Anfang an individuell eine höhere oder geringere Resistenz zeigt. Ein ganz ähnliches Verhältniss hatte L. früher bei Arbeitern einer Sulfitcellulosefabrik festzustellen Gelegenheit gehabt, die etwa das 4fache der Dosis SO_2 ohne Störung ertrugen, die dem Ungewohnten lästig ist. L. vertritt die Ansicht, dass in den zum längeren Aufenthalt bestimmten Räumen durchaus der Gehalt an giftigen Gasen nicht überschritten werden darf, der auch den Nichtgewohnten, den Schwachen und Kränklichen nicht mehr belästigt. Hingegen darf in den Räumen, die nur vorübergehend und nur von Einzelnen betreten werden müssen, die Dosis vorhanden sein, die durch die Gewohnheit erträglich wird. Was den Schwefelwasserstoff anlangt, so ist hier keine Gewöhnung zu constatiren, sondern vielmehr eine Zunahme der Empfindlichkeit.

2) Es wurde festgestellt, dass ein Hund von 6 kg pro 1 Stunde im Durchschnitt 126 mg Chlor zu absorbiren vermag: diese Chlormengen werden zum grössten Theile ($^4/_5$—$^5/_6$) durch die Haut, bez. Haare absorbirt, nur ein sehr geringer Theil durch die Lunge.

3) Aus den Untersuchungen geht hervor, dass der CO_2-Gehalt der Inspirationluft im Freien und im Zimmer sehr verschieden gross ist, viel verschiedener, als man bisher angenommen hat. Die Analyse der Inspirationluft im Freien ergab den bekannten CO_2-Gehalt von ca. 0.4‰. Beim Sitzen oder Stehen jedoch auch im gut ventilirten Zimmer war der CO_2-Gehalt auf $2^1/_2$—$3^1/_2$‰ erhöht; der Mensch ist eben bei ruhigem Sitzen von einer Wolke seiner eigenen Exspirationluft umgeben, von der wir 4—$6^1/_2$% wieder einathmen. Unter Umständen erreicht dieser CO_2-Gehalt der Inspirationluft im Zimmer Werthe bis zu 6 und 7‰.

4) Die Einathmung grösserer Terpentinöldosen ruft sehr heftige Krämpfe, klonischer, tonischer und tetanischer Art, hervor, ebenso treten Wälz- und andere Zwangsbewegungen, wie sie bei Schwindel typisch sind, fast regelmässig auf. Diese an Thieren gewonnenen Resultate legen den Gedanken nahe, dass auch für den Menschen grössere Dosen von Terpentinöl bei Inhalation bleibende Störungen des Nervensystems hervorbringen können, genau so wie alle stärkeren Nervengifte. Aber auch bei mässigeren Dosen wird Vorsicht geboten sein, bei 6 mg pro Liter zeigten die Thiere schon leichte narkotische Symptome.

Während die Untersuchungen über die Wirkung grösserer CO_2-Mengen als abgeschlossen zu betrachten sind (nach den übereinstimmenden Ergebnissen der verschiedenen Autoren macht ein CO_2-Gehalt von 7—8% CO_2 den Menschen rasch krank), ist die Frage nach der Giftigkeit der CO_2 in kleineren Mengen (etwa 1—4%) noch nicht gelöst. L. sucht der Entscheidung hierüber näher zu kommen durch Untersuchungen über den CO_2-Gehalt der Gährräume von Brauereien und über den Gesundheitzustand der dort beschäftigten Arbeiter. In zwei fränkischen Brauereien fühlten sich die Leute bei den für gewöhnlich herrschenden CO_2-Gehalten von 2—12‰ in der einen, von 15—25‰ in der anderen Brauerei durchaus wohl, auch bei langem Aufenthalt: weder akute, noch chronische, noch Nachwirkungen kamen dabei vor. Diese Gewöhnung an kleine Dosen schützt durchaus nicht vor der Wirkung der grossen: wenn vor Betriebseröffnung an Sommermorgen die Luft sehr stark CO_2haltig war (116—117‰ wurde einmal gefunden), so hatten auch die Arbeiter über dieselben

Beschwerden zu klagen, wie die Experimentatoren. Wie L. hervorhebt, handelt es sich allerdings hierbei nur um ausgesucht kräftige Leute. Zu verallgemeinern sind die Befunde daher nicht, spielt doch gerade bei der CO_2-Vergiftung die Beschaffenheit des Körpers eine hervorragende Rolle.

M. Ficker (Leipzig).

664. **Zur Frage der forensischen Beurtheilung der Säufer.** Mittheilung eines strafgerichtlichen Gutachtens durch Landgerichtsarzt Dr. Jos. Hinterstoisser. (Wien. klin. Wchnschr. X. 49. 1897.)

Im Anschlusse an die Wiedergabe eines Strafprocesses gegen zwei Trunkenbolde, welche vom Direktor der Landesirrenanstalt in Wien eine Unterstützung durch Gewaltthätigkeit erpressen wollten, behandelt H. die wichtigsten Erfahrungen über die Alkoholintoxikation. 2 Gruppen der durch den Alkoholgenuss erheblich Geschädigten glaubt H. gegenüberstellen zu dürfen. Zu der ersten sollen Trinker mit Delirium tremens oder solche mit sekundärer Geistesstörung zählen. Hier sind sie als *„Geisteskranke Säufer"* unzurechnungsfähig. Die zweite Gruppe umfasst Trinker mit der Charakterveränderung des Trunkenboldes, der willensschwach und dissocial ist. Für diesen *„geistesklaren Säufer"* nimmt H. die Unverbesserlichkeit, zugleich aber (was überraschen muss) die Zurechnungsfähigkeit in Anspruch. Geistesklare Säufer waren die Angeklagten des Gutachtens. Sie sind *enorm gefährlich,* beuten die Humanitätsanstalten aus, schädigen in Irrenhäusern das No restraint-System, indem es auf ihr Betragen am schwersten Anwendung finden kann, hemmen und terrorisiren Personal und Kranke. Erklärt man den geistesklaren Säufer auch für geisteskrank, so wird ihm am wenigsten gedient; er degenerirt mehr und sorgloser. Andererseits ist die Beeinflussung durch die Strafbestimmungen auch von geringem Werth. Einen Erfolg verspricht sich H. *nur* von Detentionanstalten in Form der Trinkerasyle. Wie bequem nach den landesüblichen Bestimmungen dem trinkenden Verbrecher die Verantwortung gemacht wird (braucht er doch nur zu simuliren, nichts mehr davon zu wissen, und sich tobsüchtig zu stellen), sucht H. an seinen Fällen zu demonstriren. Die pathologische Basis verkennt er bei den Angeklagten nicht, aber trotzdem handelt es sich hier um ein vorbedachtes, beabsichtigtes Delikt. Die Voraussetzung zur Freisprechung scheint zu fehlen. Zum Schlusse des Gutachtens bringt H. einen Mahnruf, nicht zu human gegen die Trinker zu sein, denn das Messer richtet sich schon gegen den Arzt. Es erfolgte Verurtheilung.

Diehl (Heidelberg).

665. **Die forensische Beurtheilung der Säufer.** Bemerkungen über ein Gutachten des Reg.-Rathes Dr. Jos. Hinterstoisser; von Dr. A. Forel. (Wien. med. Presse XXXIX. 30. 1898.)

Gegen die Auffassung H.'s von den unverbesserlichen, zugleich aber zurechnungsfähigen geistesklaren Säufern nimmt F. entschieden Stellung. Fehler, die mit einem unverbesserlichen Gehirn begangen werden, können doch nicht zugerechnet werden, zumal da die Bestrafung für den Uomo delinquente keinen erzieherischen Werth hat, wie die weiteste Erfahrung lehrt. F. eifert gegen die trostlose, veraltete Auffassung des Strafrechts seitens psychologisch ungebildeter Juristen. Für die Delinquenten des Gutachtens verlangt er *dauernde* Unterbringung in eine passende Anstalt ohne „extraschlechte" Behandlung. Der Entstehung solcher unglücklicher, dissocialer Wesen soll man vorbeugen durch die Durchführung der Abstinenz in der Menschengesellschaft. Hinterstoisser nimmt an, dass die beiden Verbrecher durch den *Alkoholmissbrauch* so verkommen seien. F. betont, dass angeborene ethische Defekte und verbrecherische Anlagen anzuerkennen seien; für derartige benachtheiligte Individuen kann keine Trinkerheilanstalt Rettung bringen. Wenn daher Hinterstoisser glaubt, in dem Trinkerasyl die Besserung aller trinkenden Verbrecher zu erreichen, irrt er. Die Erfahrung lehrt, dass viele von ihnen uncorrigirbar bleiben und in den humanen Anstalten nur Verderben säen. Zu Trinkern können alle Sorten von Menschen werden; die besten können durch den Alkohol Einbusse an dem ethischen Werthe erfahren und werden durch die Abstinenz wieder rehabilitirt, wenn der ethische Niedergang eine *reine* Folge des Trinkens war. Dass die Schaar der mit Defekten geborenen Trinker aus der Abstinenz für sich nennenswerthe Vortheile zieht, wird täglich zur Genüge bewiesen.

Diehl (Heidelberg).

666. **Die Entmündigung der Trinker nach dem neuen bürgerlichen Gesetzbuche**; von Dr. Gustav Aschaffenburg. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 42. 1898.)

A. nimmt Stellung gegen den Schlusssatz: „Zur Feststellung der Trunksucht wird die Mitwirkung medicinischer Sachverständiger nicht immer nöthig sein, zur Entmündigung aber stets", den Kreisphysicus Coester in der XIII. Hauptversammlung des preussischen Medicinalbeamten-Vereins in Berlin am 15. und 16. Sept. 1896 im Anschluss an seinen Vortrag (Der Alkoholismus mit Rücksicht auf die Bestimmungen des neuen bürgerlichen Gesetzbuches und des Strafgesetzbuches) aufstellte. A. hebt hervor, dass nach Fassung des Absatzes 3, § 6 die Beurtheilung des Grades der Trunksucht nicht den Aerzten zukommt. Der *geisteskranke* Trinker ist selbstverständlich als Kranker dem Arzte zuzuweisen; für ihn bedeutet nach dem Gesetz die Entmündigung die *Aufhebung* der Geschäftsfähigkeit, für den Trunkenbold nur die *Beschränkung* derselben. Juristen und Verwaltungsbehörden werden die sociale Stellung des

der Trunksucht Ergebenen allein und am richtigsten beurtheilen können. . A. weist sehr richtig darauf hin, dass mit der Entmündigung allein der Schutz der Angehörigen und des Trinkers selbst nicht gewährleistet ist. Der entmündigte Trinker aus einigermaassen wohlhabenden Familien trinkt weiter, weil ihm verabfolgt wird, ein solcher aus mittellosen Kreisen erzwingt durch Brutalität von den Angehörigen doch die Mittel zum Trinken. Der Zweck der Entmündigung wird erst erreicht durch Schaffung von Trinkerheilstätten als staatlichen Anstalten, denen obligatorisch die entmündigten Trinker einzuliefern sind. Die Gefahr des Zusatzes zu § 6: „die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund zur Entmündigung wieder wegfällt" liegt auf der Hand. Nach 2 bis 3 Wochen ist ein Trinker geordnet und einsichtig; die Neigung, den Zwang zum Trinken durchbricht man erst nach viel längerer Zeit, oft erst nach Jahren. A. entwickelt mit vieler Klarheit, wie unheilvoll und unfruchtbar der vom Reichstag zu der Novelle zu der Civilprocessordnung gegebene Zusatz ist: „Zu dem Antrage auf Entmündigung wegen Trunksucht ist die Staatsanwaltschaft nicht befugt". Damit wird die Entmündigung der Trinker nach seinem Dafürhalten fast illusorisch. Die Familie eines Trinkers ist eingeschüchtert; sie begiebt sich durch den Antrag auf Entmündigung in Lebensgefahr, denn eines Trinkers Brutalität und Unbesonnenheit kennt keine Grenzen. Der Staat hat nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, die aus Furcht Hülflosen zu unterstützen, d. h. in diesem Falle selbst den Antrag auf Entmündigung zu stellen.

Diehl (Heidelberg).

667. **Delirium tremens. Dreifacher Mord**; von Dr. K. Köstlin. (Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 4. 1897.)

K. schildert einen recht durchsichtigen Fall zur Illustration der enormen Gefahren, die gewohnheitmässiger Uebergenuss von Alkohol mit sich bringt. Ein 34jähr. Weingärtner hatte von Jugend auf Gelegenheit, reichlich Wein zu trinken. Als strenger Trinker war er längst bekannt. Seit der Verheirathung liess er seine Wuthausbrüche in der Trunkenheit an seinen Angehörigen aus. Lange Jahre hindurch häuften sich die Drohungen schlimmster Art und die Thätlichkeiten. Kurze Versuche zur Besserung in Trinkerheilanstalten erzielten nur vorübergehende Erfolge. Die Frau erduldete Misshandlungen aller Art, wurde gewohnheitmässig mit dem Messer, mit Stuhlbeinen u. s. w. bedroht. Bei einer Gelegenheit, auf ihn einzureden, vergriff sich der Pat. an dem behandelnden Arzte. Mehrere Selbstmordversuche ernstester Art ergänzten das schauerliche Familiendrama. Im Zustande eines Delirium tremens erschlug Pat. 2 Tanten und sein einziges Kind mit der Axt. Die Stimmen hatten ihn dazu ermuntert; das Weltende durch eine Sündfluth hörte er nahen; im Wahne wollte er durch den Gewaltakt die Seinigen vor dem Ertrinken bewahren. Seit langen Jahren war der Trinker eine drohende Gefahr für die menschliche Gesellschaft. Die furchtbare Handlung liegt im Rahmen dessen, was man immerhin erwarten durfte. Das Delirium nimmt seinen Verlauf, der Mann tritt in eine ziemlich normale Geistesverfassung, er wird in der Freiheit wieder trinken — aber wie schützt man sich vor weiteren grauenvollen Excessen? Diese Betrachtung stellt K. an und stimmt damit ein in den Ruf nach Abhülfe, den das Volk an die Behörden schickt. Die zwangsmässige Internirung in Trinkerasyle scheint dem Vortragenden die nächste Maassnahme zur Sicherstellung vor Excessen notorischer Trinker. Mit warmen Worten weist er auf die Pflicht aller für das Gedeihen der Mitmenschen Strebenden hin, in den Kampf gegen den Alkohol mit allen Mitteln einzutreten.

Diehl (Heidelberg).

668. **Ein Fall wiederholter Brandlegung unter Einfluss des Alkohols**; von Dr. Heinrich Schlöss. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 32. 1898.)

Schl. giebt die ausführliche Beschreibung eines Falles, der besonderes Interesse beanspruchen *soll*, weil er nicht zu den Kategorien der Geisteskrankheiten gehört, die Brandleger liefern, Idiotie, Paranoia, Melancholie, Delirien und Epilepsie. Die Darlegung enthält durchaus nichts Ueberraschendes, dagegen viele Anhaltepunkte für die Annahme einer psychischen Epilepsie, so dass der Ref. wenigstens nach dem Berichte an dem Bestehen einer Epilepsie nicht zweifeln zu müssen glaubt. Der leidenschaftliche Hang zum Trinken, die Intoleranz gegen Alkohol, das stets gleiche, nach Alkoholgenuss begangene Delikt, die im Anschlusse an solches Handeln beobachtete Desorientirtheit und Schwerbesinnlichkeit, der Ablauf des Zustandes nach wenigen Tagen, das eigenartige reuige Verhalten nach der That, die ihm in den freien Zwischenzeiten selbst fast unerklärlich scheint; passt sehr wohl zum Krankheitbilde der psychischen Epilepsie.

Diehl (Heidelberg).

Am 6. November d. J. ist Herr Dr. **Max Teichmann** in Berlin gestorben. Wir verlieren durch seinen vorzeitigen Tod einen vortrefflichen Mitarbeiter, dem die Jahrbücher zu grossem Danke verpflichtet sind.

Die Redaktion.

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1899.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

(Meteorologie.)

Alcock, R., Proteid digestion in ammocoetes. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 612. July.

Aldor, Ludwig von, Ueber d. Nachweis d. Albumosen im Harn u. über d. enterogene Albumosurie. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35. 36.

Baer, A., Welche Bedeutung besitzt d. Gelbfärbung d. Mageninhalts durch Kalilauge. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 32.

Banke, Bruno, Reagensglas zur exakten u. bequemen Darstellung der *Ehrlich*'schen Diazoreaktion. Fortschr. d. Med. XVII. 36. p. 801.

Blum, F., Zur Chemie u. Physiologie d. Jodsubstanz d. Schilddrüse. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 70.

Blum, F., Ueber d. Jodzahl d. Eiweisskörper. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 288.

Blumenthal, Ferd., Ueber d. Reaktionen auf Pentosen. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 415.

Bunge, G. von, Ueber d. Zusammensetzung d. Knorpels vom Haifisch. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 300.

Camerer, W., Zur Analyse d. menschl. Urins. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 227.

Charles, J. J., The reaction of the intestinal contents in man. Dubl. Journ. CVIII. p. 265. Oct.

Cohn, Martin, Ueber Fixation u. Conservirung von Harnsediment. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 26.

Cohn, R., Zur Frage d. Zuckerbildung aus Eiweiss. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 211.

Comba, Carlo, Sulla natura della sostanza riducente contenuta nel liquido cefalo-rachidico. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 422.

Cotton, S., Action de l'eau oxygénée sur l'urine, origine de l'acétone. Bull. de Thér. CXXXVIII. 10. p. 382. Sept. 15.

Delore, Xavier, Recherche sur la chondrine dans les enchondromes. Lyon méd. XCII. p. 156. Oct.

Discussion sur l'appareil à radioscopie stéréoscopique de M. *Destot*. Lyon méd. XCI. p. 444. Juillet.

Dzierzgowski, S., Zur Frage über d. krystallin. Fibrin. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 65.

Einhorn, Ueber d. Chemie d. lokalen Anaesthetica. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37. p. 1218.

Faust, Edwin S., Beiträge zur Kenntniss d. Salamanderalkaloide. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 84.

Fettick, Otto, Ist d. Harn d. Thiere unter physiolog. Verhältnissen eiweisshaltig. Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 330.

Fleroff, A., Ueber einen histonähnl. Körper aus Thymus. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 307.

Freund, Leopold, Die Röntgenstrahlen u. ihre Anwendung in d. Medicin. Wien. Verl. d. Ver. zur Verbreitung naturwissenschaftl. Kenntnisse. 8. 32 S. mit 4 Tafeln.

Freund, Radiotherapie. [Therap. Lexikon f. prakt. Aerzte, herausgeg. von *Anton Bumm*.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. 11 S.

Gautier, L., Encore l'iode et la glande thyroïde. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 10. p. 618. Oct.

Gebhardt, Walter, Die mikrophotograph. Aufnahme gefärbter Präparate. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 26 S. mit 1 Tafel. 1 Mk. 20 Pf.

Giertz, Knud Harald, Till kännedomen om pseudonukleinsubstanserna. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 8 o. 9. s. 592. — Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 115.

Groot, J. de, Het ammoniakgehalte der urine bij verschillen diëet. Nederl. Weekbl. II. 11.

Harms, Heinrich, Beitrag zur Fluorfrage d. Zahn- u. Knochenaschen. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 487.

Hewes, Henry F., The examination of stained specimens of blood in its application to clinical work. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 2. 3. p. 38. 59. July.

Heyderdahl, S. A., Röntgenfotografier. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 87.

Hills, William B., The proteids of the urine. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 6. p. 125. Aug.

His jun., W., Das Verhalten d. Harnsäure im thier. Organismus. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 315.

Jacoby, Martin, Ueber d. Oxydationsfermente d. Leber. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 235.

Jemma, R., Sulla digestione artificiale del latte. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 344. Giugno.

Jellinek, S., u. Fr. Schiffer, Ueber einige Vergleichsuntersuchungen d. specif. Gewichtes, d. Trockenrückstandes u. d. Eisengehaltes im Blute. Wien. klin. Wchnschr. XII. 31.

Jerome, William J. Smith, Further proofs of the origin of uric acid from nuclein-compounds and derivatives. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 98.

Klimmer, M., Ueber *Lilienfeld's* Peptonsynthese. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u. 4. p. 210.

Knoepfelmacher, Wilhelm, Untersuchungen über Caseinflocken. Wien. klin. Wchnschr. XII. 42.

Kossel, A., u. F. Kutscher, Ueber d. Histidin. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 382.

Küster, William, Spaltungsprodukte d. Hämatins. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 1.

Küster, William, u. Martin Kölle, Ueber Darstellung u. Spaltungsprodukte d. Hämatoporphyrins. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 34.

Kutscher, Fr., Ueber d. Antipepton. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 88.

Kutscher, Fr., Der Nachweis d. Glutaminsäure unter den durch starke Schwefelsäure erzielten Spaltungsprodukten d. thier. Eiweisses. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 123.

Laborde et Moreau, Sur le dosage de l'acide succinique dans les liquides fermentes. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 657. Août.

Lawrow, D., Ueber d. Wirkung d. Arginins auf trypt. Verdauung d. Eiweisskörper. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 303.

Lawrow, D., Ueber d. Spaltungsprodukte d. Histons von Leukocyten. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 388.

Leersum, E. C. van, Eeen met het wit van kippenei verfalschte urine. Nederl. Weekbl. II. 11.

Leiner, Carl, Ueber Farbenreaktionen d. Caseinflocken. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 321.

Lindemann, W., Ueber d. Fett d. normalen u. d. fettig entarteten Herzmuskels. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 405.

Lommel, Felix, Ueber d. Herkunft d. Oxalsäure im Harn. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 599.

Mackie, William, The detection and estimation of phosphoric acid in a drop of blood. Lancet Aug. 19.

Marchetti, Guido, Sulla percentuale di azoto dell'albumina orinaria. Settimana med. LIII. 31.

Milian, G., L'acétonurie physiologique. Presse méd. VII. 74. 75.

Morkowin, N., Ein Beitrag zur Kenntniss der Protamine. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 313.

Moullin, C. Mansell, On the application of the *Roentgen* rays to medicine and surgery. Lancet Aug. 19.

Nemser, M. H., Sur la question de savoir comment les nucléines se comportent dans l'inanition. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 221.

Okerblom, Johann, Die Xanthinkörper d. Nebennieren. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 40.

Oméliansky, V., La nitrification de l'azote organique. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 273.

Oppenheimer, Carl, Ueber einen bequemen Nachweis von Aceton im Harn u. anderen Körperflüssigkeiten. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Orbán, Rudolf, Ueber d. Vorkommen d. Laktase im Dünndarm u. in d. Säuglingsfaeces. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 33. 34. 35.

Panzer, Theodor, Zur Kenntniss d. Cerebrospinalflüssigkeit. Wien. klin. Wchnschr. XII. 31.

Panzer, Theodor, Ueber das Eierstockcolloid. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 363.

Pflüger, E., u. J. Nerking, Eine neue Methode zur Bestimmung d. Glykogens. Mit Bemerkungen von *E. Pflüger*. Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 531. 543.

Pick, Ernst P., Zur Kenntniss d. pept. Spaltungsprodukte d. Fibrins. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 219.

Pottevin, La saccharification de l'amidon. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 665. Août.

Pottevin, Sur la maltodextrine. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 9. p. 728. Sept.

Röntgenstrahlen s. I. *Diskussion, Freund, Heyerdahl, Moullin, Strasser, Walter*. II. *Bade, Destot, Determann, Friberger, Levy-Dorn, Muscrove, Stouffs*. III. *Schaudinn*. IV. 2. *Williams*; 3. *Rieder*; 4. *v. Criegern, Levy, Schuster*; 5. *Bade*; 10. *Freund, Gassmann, Jutassy*. V. 2. e. *Heimann, Isaacs, Stinson*. VIII. *Williams*. X. *Weiss*. XIV. 4. *Rosenfeld*. XIX. *Grunmach*.

Rösel, R., Ueber d. quantitative Jodbestimmung im Harn u. über Resorption von Jodolen einer Jodoleiweissverbindung. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 22.

Salaskin, S., u. J. Zaleski, Ueber d. Harnstoffbestimmung im Harne. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 73.

Schaefer, William, Facts and fallacies in uranalysis. New York med. Record LVI. 12. p. 405. Sept.

Schmiedeberg, O., Ueber d. Nucleinsäure aus d. Lachsmilch. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLVIII. 1 u. 2. p. 57.

Seng, Walther, Zur Kritik d. Diazoreaktion. Wien. med. Presse XL. 37.

Sosnowski, Jac., Beiträge zur Chemie der Zelle. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 11.

Spiro, Karl, Ueber Nachweis u. Vorkommen d. Glykokolls. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 174.

Spitzer, W., Ueber d. Entstehung d. Harnsäure. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 528.

Stewart, G. N., u. Torald Sollmann, The proteids of muscle. Journ. of Physiol. XXIV. 6. p. 427.

Strasser, Fortschritte in d. Skiagraphie. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19. p. 596.

Taylor, Alonzo Engelbert, The influence of various diets upon the elimination of the urinary nitrogen, urea, uric acid and the purin bases. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 141. Aug.

Tóvölgyi, E., Untersuchungen über d. Blut gerinnende Wirkung d. Gelatine. Ungar. med. Presse IV. 30 u. 31.

Vertun, M., Ueber Spermatocelenflüssigkeit, zugleich ein Beitrag zur Chemie d. Samens. Med. Centr.-Bl. XXXVII. 31.

Wachholz, Leo, Ueber d. neueste Methode zum chem. Nachweis von Kohlenoxydblut. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 255.

Walter, B., Physikal.-techn. Mittheilungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 222.

Wiener, Hugo, Ueber Zersetzung u. Neubildung d. Harnsäure im thier. Körper. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 622.

Wróblewski, A., Ueber d. *Buchner*'schen Hefepresssaft. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 12.

Yarrow jr., Thomas J., and Arthur P. Hitchens, On the clinical estimation of the quantity of hemoglobin in the human blood. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 26. Oct.

Zadik, H., Stoffwechselversuche mit phosphorfreien Eiweisskörpern. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 1.

Ziffer, Emil, Die Elemente d. Klimas. Wien. med. Presse XL. 34. 35.

Zunz, E., Ueber d. quantitativen Verlauf d. pept. Eiweissspaltung. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 132.

S. a. II. Abel, Albu, Barbacci, Barbèra, Cremer, Hammarsten, Harley, Kaiser, Kockel, Kresteff, Lambranzi, Landolt, Leubuscher, Pappenheim, Pfaundler, Pfeiffer, Rosenfeld, Santangelo, Schwarz. III. Forchheimer. IV. 2. Schröder; 5. Albu, Bain, Basch, Gans, Gillespie, Riegel; 6. Lindemann; 8. Baier; 9. Badt, Bugge, His, Jaksch. V. 2. c. Deganello. VII. Duse, Jarrett. VIII. Callomon, Netter. X. West. XIII. 2. Baccarani, Gintl, Reeb, Robin, Rost, Thiemich. XIV. 3. Bleyer.

II. Anatomie und Physiologie.

(Anthropologie, Ethnologie, Zoologie, vgl. Anatomie, Entwicklungsgeschichte.)

Abel, John J., Ueber d. blutdruckerregenden Bestandtheil d. Nebenniere, d. Epinephrin. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 318.

Abram, G. Stewart, Foetal anomalies. Lancet Sept. 23.

Addison, Christopher, Topographical anatomy of abdominal viscera in man, especially the gastro-intestinal canal. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 565. July.

Albu, Ueber d. Eiweissstoffwechsel b. chron. Unterernährung. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 250.

Aldehoff, G., u. J. von Mering, Ueber d. Einfluss d. Nervensystems auf d. Funktion d. Magens. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 332.

Alessandri, Roberto, Sur la structure et la fonction du rein à la suite de l'occlusion de l'artère et de la veine émulgentes. Revue de Chir. XIX. 9. p. 292.

Alexander, Gustav, Ein Fall von Persistenz d. Art. stapedia b. Menschen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 7.

Alt, Ferdinand, u. Arthur Biedl, Experiment. Untersuchungen über d. cortikale Hörcentrum. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 9.

Anderson, R. J., On some points regarding asymmetry. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Andrus, N. L., Monstruosities and malformations. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 282. June.

Anthropologencongress in Lindau. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 40.

Arnold, Julius, Ueber Granulafärbung lebender Leukocyten. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 424.

Aron, E., Die Lungenventilation b. Aenderung d. Atmosphärendruckes. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 550.

Asher, L., u. Fr. Lüscher, Untersuchungen über d. Innervation d. Athmung u. d. Kreislaufs nach unblutiger Ausschaltung centraler Theile. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 499.

Auerbach, Leopold, Das terminale Nervennetz in seinen Beziehungen zu den Ganglienzellen d. Centralorgane. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 3. p. 192.

Axenfeld, D., Quelques observations sur la vue des arthropodes. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 370.

Bade, Peter, Kurze Beschreibung von 10 röntgographisch untersuchten Föten. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Balint, Rudolf, Ueber einen Fall von anomaler Gehirnentwicklung. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 627.

Ballowitz, E., Zur Kenntniss d. Hornhautzellen d. Menschen u. d. Wirbelthiere. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 8.

Barbacci, Ottone, Die Nervenzelle in ihren anat., physiol. u. pathol. Beziehungen nach d. neuesten Untersuchungen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 19 u. 20.

Barbarin, P., Absence d'oblitération du canal péritonéo-vaginal dans l'abdomen. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 757. Juillet.

Barbèra, G., Encore sur l'élimination de la bile après les diverses alimentations et après l'ingestion d'uvée, d'acide urique etc. Nouvelle contribution à la connaissance de la signification physiologique de la bile. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 427.

Barratt, J. O.-Wakelin, On the anatomical structure of the 9th., 10th., 11th. and 12th. cranial nerves. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Bary, A., Ueber d. Frage d. Kreuzung d. Facialiswurzeln. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 17.

von Basch, Pneumatometer, Apparat zur Messung d. Lungenvolumens u. d. Lungenelasticität. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 602.

Bayer, F., Bemerkungen zur Entwickelung der Eidechsenzunge. Morphol. Jahrb. XXVII. 4. p. 712.

Bayer, Rudolf, Beiderseit. angeb. Nierenmangel ohne sonstige bedeutende Missbildung. Wien. klin. Wochenschr. XII. 32.

Bechterew, W. von, Ueber d. Entwicklung d. Zellelemente in d. Grosshirnrinde d. Menschen. (Vorläuf. Mitth.) Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 17.

Below, E., Einfluss d. Lichtes auf d. Athmung d. Protoplasmas. Arch. f. Lichtther. I. 1.

Benedikt, Moriz, Einleitende Bemerkungen zu d. kathetometr. Studien d. Extremitätsknochen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 43.

Berger, Hans, Ein Beitrag zur Lokalisation in d. Capsula interna. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 114.

Bernhart, Ueber d. Unterschiede zwischen männl. u. weibl. Körperbau u. deren Bedeutung f. d. Vererbung. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 8. p. 153.

Bertacchini, P., Alcune considerazioni su un embrione umano emicefalo con „spina bifida" e sulle principali teorie dello sviluppo normale e teratologico. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 5 u. 6. p. 65.

Bertacchini, P., Morfogenesi e teratogenesi negli anfibi anuri. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 7 u. 8. p. 140.

Blum, F., Zur Physiologie d. Schilddrüse. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 463.

Boeri, G., et R. Di Silvestro, Sur le mode de se comporter des différentes sensibilités sous l'action des divers agents. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 460.

Bokemeyer, Das Verhalten von Temperatur u. Puls im Lichtbade. Arch. f. Lichtther. I. 1.

Bolk, L., Die Segmentdifferenzirung d. menschl. Rumpfes u. seiner Extremitäten. Morphol. Jahrb. XXVII. 4. p. 630.

Bolk, Louis, De variaties in het grensgebied tusschen hoofd en halswervelkolom. Nederl. Weekbl. II. 16.

Bonnaire, E., et V. Bué, De la mobilité des articulations pelviennes et de l'influence de l'attitude de la femme sur la capacité des divers étages du bassin. Presse méd. VII. 63.

Bonne, C., Note sur le mode d'obliteration partielle du canal épendymaire embryonnaire chez les mammifères. Revue de Neurol. VII. 17. p. 614.

Bordas, L., Recherches anatomiques et histologiques sur les organes reproducteurs des chrysomelidae. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 4. p. 385. Juillet—Août.

Boruttau, H., Die Theorie d. Nervenleitung. (Vorläuf. Mitth.) Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 626.

Boruttau, H., Ueber d. jetzigen Stand unserer Kenntnisse von d. Funktionen d. Blutgefässdrüsen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38.

Bradley, O. Charnock, Cerebellum of the horse. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 587. July.

Braquehaye, J., et Wiern, En quel point le rebord hépatique coupe-t-il sur le vivant le rebord costal gauche? Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 578. Juin.

Braus, H., Beiträge zur Entwickelung d. Muskulatur u. d. peripher. Nervensystems d. Selachier. Morphol. Jahrb. XXVII. 4. p. 501.

Brooks, Harlow, A case of asexualism. New York med. Record LVI. 7. p. 221. Aug.

Browicz, T., Ernährungswege in d. Leberzelle. Nebst einem Resumé über d. Resultate d. seit 1897 in d. Publikationen d. Acad. veröffentl. Untersuchungen dess. Vfs. über d. Leberzelle. Bull. internat. de l'Acad. des Sc. de Cracovie Juillet.

Bunch, J. L., On the innervation of the longitudinal coat of the small intestine. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 22.

Cafiero, Carmelo, Ricerche sperimentali sull'azione protettrice del polmone. Gazz. degli Osped. XX. 97.

Cantle, James, On the lobes of the liver. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Cavazzani, E., La fistule céphalo-rachidienne. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 465. — Centr.-Bl. f. Physiol. VIII. 14.

Cavazzani, E., Fixation, sur la rétine, de quelques substances colorantes injectées dans les veines. Arch. de Biol. XXXI. 3. p. 411.

Charles, J. J., Recent advances in physiology. Brit. med. Journ. Aug. 12.

Charles, J. J., The function of the rectum as a reservoir. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Charles, R. Havelock, The progress of the teaching of human anatomy in Northern India. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Clarke, J. Jackson, A case of congenital atresia of the bowel. Lancet Aug. 26. p. 566.

Cohnheim, Otto, Versuche am isolirten überlebenden Dünndarm. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 419.

Colombo, C., Recherches sur la pression du sang chez l'homme. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 345.

Cornil, L'histologie des corps jaunes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 594. Juin.

Cornil, V., Note sur l'histologie des corps jaunes de la femme. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 653. Juillet.

Cotch, Francis, and G. J. Burch, The elec-

trical response of nerve to 2 stimuli. Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 410.

Cowl, W., u. R. du Bois-Reymond, Die Stellung d. Mittelhandknochen b. Spreizen d. Finger. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 221.

Craig, Joseph D., Anomaly of the long tendon of the biceps muscle of the arm. New York med. Record LVI. 15. p. 514. Oct.

Creighton, C., A system of perivascular lymphatic cylinders and capsules in the united amnion-allantois of the chick. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 527. July.

Cremer, Max, Fettbildung aus Eiweiss bei der Katze. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 309.

Cushny, Arthur R., On periodic variations in the contractions of the mammalian heart. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 49.

Danilewsky, B., Ueber d. elektrokinet. Nervenreizung in d. Nähe d. geschlossenen sekundären Kreises d. Induktorium. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 13.

De Castro, Lincoln, Mostruosità della faccia, per rara anomalia di sviluppo in eccesso del bottone germinativo mediano o frontale in feto a termine e vivente. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Destot, Ostéotrophie et rayons X. Lyon méd. XCI. p. 446. Juillet.

Determann, Demonstration d. Verschiebung d. Herzens bei Lageveränderungen d. Körpers mittels d. Röntgenverfahrens. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 606.

Dévé, Le lobule de la veine azygos et lobule de Wrisberg. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. p. 489. Juin.

Diamare, V., Studii comparativi sulle isole di Langerhans del pancreas. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 7 u. 8. p. 155.

Dimmer, F., Zur Lehre von d. Sehnervenbahnen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 473.

Drago, S., Nuovo metodo per valutare l'isotonia dei corpuscoli rossi dell'uomo e di altri mammiferi in condizioni fisiologiche. Rif. med. XV. 173. 174. 175.

Ecker's u. Wiedersheim's Anatomie d. Frosches. Neu bearb. von *Ernst Gaupp*. 2. Abth. 2. Hälfte. Lehre vom Gefässsystem. Braunschweig. Friedr. Vieweg u. Sohn. S. 237—548 u. XII. S. mit 84 eingedr. Abbild. 15 Mk.

Edinger, L., Anatom. u. vergleichend anatom. Untersuchungen über d. Verbindung d. sensor. Hirnnerven mit d. Kleinhirn. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 20.

Eickhoff, K., Ueber d. Erregbarkeit d. motor. Nerven an verschied. Stellen ihres Verlaufs. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u. 4. p. 156.

Enderlein, Günther, Beitrag zur Kenntniss d. Baues d. quergestreiften Muskeln b. d. Insekten. Arch. f. mikrosk. Anat. LI. 1. p. 144.

Exner, Sigm., Notiz über die Nachbilder vorgetäuschter Bewegungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 5. p. 388.

Faure, Maurice, La cellule nerveuse et le neurone. Gaz. des Hôp. 85.

Féré, Ch., L'instinct sexuel. Revue de Méd. XIX. 10. p. 779.

Forstmann, Richard, Bericht über neuere Arbeiten auf d. Gebiete d. Physiologie d. Cirkulationsapparates. Schmidt's Jahrbb. CCLXIV. p. 197.

Frank, Otto, Giebt es einen echten Herztetanus? Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 300.

Friberger, Ragnar, Några studier medels Röntgenstrålor öfver tunntarmsinnehåltets röselser. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 8 o. 9. s. 602.

Frick, A., Noch eine angeb. Missbildung d. Herzens. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 20.

Friedenthal, H., Ueber Selbstinjektion d. Lungen. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 11.

Friedlaender, Carl, Mikroskop. Technik zum Gebrauche b. med. u. patholog.-anatom. Untersuchungen. 6. Aufl., bearb. von *C. J. Eberth*. Berlin 1900. Fischer's med. Buchh. 8. VII u. 359 S. mit 86 Abbild. im Texte. 9 Mk.

Fumagalli, A., Ueber die feinere Anatomie des 3. Augenlids. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 7 u. 8. p. 129.

Fusari, R., Les études anatomiques du Prof. *C. Giacomini* sur le cerveau de l'homme. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 413.

Gaertner, Gustav, Ueber einen neuen Blutdruckmesser (Tonometer). Aerztl. Polytechn. 8.

Gaskell, Walter H., Origin of vertebrates deduced from the study of ammocoetes. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 638. July.

Georgieff, Alexander, Long appendice caecal à disposition embryonnaire. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 571. Juin.

Gibson, G. A., Principles of reflex action. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 318. Oct.

Göthlin, G. F., Om de kemiska villkoren för det öfverlefvande hjertats aktivitet. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 8 o. 9. s. 519.

Golowin, S. S., Untersuchungen über d. specif. Gewicht d. Kammerwassers. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 27.

Gottstein, Adolf, Die Vermehrung der rothen Blutkörperchen im Hochgebirge. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 40.

Griffiths, George W., A rare abnormality of the mouth. Brit. med. Journ. July 29. p. 273.

Grünstein, N., Zur Innervation der Harnblase. Arch. f. mikrosk. Anat. LV. 1. p. 1.

Grünwald, L., Etudes sur les cellules de la sécretion du nez et des sinus. Ann. des Mal. de l'oreille etc. 5. p. 551. Mai.

Grützner, P., Eine historische Bemerkung betr. d. Reizübertragung von Muskel zu Muskel. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 26.

Hallion, Physiologie normale et pathologique du corps thyroïde et des capsules surrénales. Arch. gén. N. S. II. 4. p. 488. Oct.

Hammarsten, Olof, Weitere Beiträge zur Kenntniss d. Fibrinbildung. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 98.

Handbuch d. Anatomie d. Menschen, herausgeg. von *Karl v. Bardeleben*. IV. Bd. 1.—3. Abth. Centralnervensystem. 1. Theil. Makroskop. u. mikroskop. Anatomie d. Rückenmarks. Makroskop. u. mikroskop. Anatomie d. Gehirns. 1. Abschnitt; von *Th. Ziehen*. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 402 S. mit 94 Abbild. im Text. 14 Mk.

Harbitz, Misdannelser. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 90.

Harley, Vaughan, The effect of compression on one lung on respiratory gas exchange. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 33.

Harley, Vaughan, The value of the large intestine in general metabolism. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Harris, David Fraser, Modification of the *Rutherford* mikrotom. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 609. July.

Heine, L., Die Anatomie d. accommodirten Auges. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 1.

Herringham, W. P., An account of some experiments upon the toxicity of normal urine. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 158. Aug.

Hess, C., Bemerkungen zur Accommodationslehre. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 193. Juli.

Heymann, Felix, Beitrag zur Casuistik d. congenitalen Atresia duodeni. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 186.

Heymann, G., Untersuchungen über psych. Hemmung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 5. p. 321.

Hildebrand, Hermann, Experiment. Studien

über Hautsensibilität. Petersb. med. Wchnschr. XVI. 29. — Bl. f. klin. Hydrother. IX. 8.

Hoche, A., Din Neuronenlehre u. ihre Gegner. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 51 S. 1 Mk. 50 Pf.

Hoesel, Otto, Beiträge z. Markscheidenentwickelung im Gehirn u. in d. Medulla oblongata d. Menschen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 3. p. 161.

Horder, Edward G., Blood dust or blood granules, a new constituent of the blood. Lancet Oct. 14.

Huber, Alfred, Ein neuer Apparat zur Massenfärbung von mikroskop. Präparaten. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 38.

Hunt, Reid, Direct and reflex acceleration of the mammalian heart with some observations on the relations of the inhibitory and accelerator nerves. Amer. Journ. of Physiol. II. 5. p. 395. July.

Jacquet, Maurice, Recherches sur l'anatomie et l'histologie du silurus glanis L. Arch. des Sc. méd. IV. 3 et 4. p. 177. Mai—Juillet.

Jacquet, Maurice, Contribution à l'anatomie comparée des systèmes squelettaire et musculaire de chimaere Collei, callorynchus antarcticus, spinax niger, protopterus annecteus, ceratodus Forsteri et axolotl. Arch. des Sc. méd. IV. 3 et 4. p. 189. Mai—Juillet.

Javal, Recherches sur la physiologie de l'écriture. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 135. Juillet 18.

Jensen, Paul, Ueber d. Verhältnisse d. mechan. u. elektr. Vorgänge im erregten Muskel. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u. 4. p. 107.

Ischreyt, G., Ueber d. Faserbündelverlauf in d. Lederhaut d. Menschen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 506.

Ischreyt, G., Krit. Bemerkungen zu Herrn Prof. *W. Koster's* Aufsatz: „Beiträge zur Tonometrie u. Manometrie des Auges". Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 694.

Kaiser, Karl, Ueber Hebelschleuderung. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 399.

Keiffer, H., La fonction glandulaire de l'utérus. Presse méd. belge LI. 35. 36.

Kelscher, M., u. P. Rosenblum, Zur Frage nach d. Dualität d. Temperatursinns. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 3 u. 4. p. 174.

Kennedy, Robert, On the regeneration of nerves. Lancet Sept. 23.

Kermauner, Fritz, Zur Kenntniss d. makroskop. Baues d. Parotis. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 805.

Kockel, Eine neue Methode der Fibrinfärbung. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 19 u. 20.

Koelliker's, A., Handbuch d. Gewebelehre d. Menschen. 6. Auflage II. Bd.; von *Victor v. Ebner*. 1. Hälfte. Leipzig. Wilh. Engelmann. Gr. 8. 402 S. mit 288 Fig. in Holzschn. u. Zinkogr. 14 Mk.

Koeppe, Hans, Zur Casuistik der sekundären Sinnesempfindungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Kolster, Rud., Beiträge zur Kenntniss d. Histogenese d. peripher. Nerven, nebst Bemerkungen über d. Regeneration derselben nach Verletzungen. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 190.

Kopsch, Fr., Die Organisation d. Hemididymi u. Anadidymi d. Knochenfische u. ihre Bedeutung für d. Theorien über Bildung u. Wachsthum d. Knochenfischembryonen. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 10. p. 221.

Kreidl, Alois, Ueber d. Ursprung d. Hemmungsnerven d. Herzens b. Fischen. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u 4. p. 196.

Kresteff, St., Contribution à l'étude de la sécrétion du suc pylorique. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 493. Août.

Küss, G., De la théorie vertébrale. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 4. p. 477. Juillet—Août.

Kupffer, C. von, Ueber d. sogen. Sternzellen d. Leber. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 32. p. 1067.

Labbé, Marcel, et Ch. Lévi-Sirugue, Recherches sur la structure des amygdales. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 685. Juillet.

Lambranzi, R., Ricerche fisiologiche sull'alcalinità del sangue. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 382. Giugno.

Lamouroux, Foetus pseudencéphale avec inversion complète des viscères. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 735. Juillet.

Lamouroux, Perforation de la cloison interventriculaire chez un enfant de 10 ans; persistance du canal artériel. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 736. Juillet.

Landolt, H., Ueber d. Melanin d. Augenhäute. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 192.

Lane, W. Arbuthnot, Some points in the mechanics of the skeleton. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 209. Sept.

Langley, John Newport, On the general relation of the motor nerves to the tissues of the body. Lancet Sept. 23.

Larinow, W., Ueber d. musikal. Centren des Gehirns. Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 608.

Laudenbach, J., Zur Otolithenfrage. Arch. f. Physiol. LXXVII. 5 u. 6. p. 311.

Lee, H. M., Comparative chest measurements. New York med. Record LVI. 5. p. 159. July.

Lennhoff, Rudolf, Die Beziehungen zwischen Körperform u. Lage der Nieren. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 477.

Leonardi, Evelino, Ricerche sulla funzione glicogenica del fegato in rapporto con l'ossigenazione del sangue. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Leubuscher, G., Ueber die Fettabscheidung des menschl. Körpers. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 457.

Levi, Giuseppe, Ueber d. spontane u. unter d. Einflusse eines Entzündung erregenden Agens im Amphibieneie stattfindenden Veränderungen. Arch. f. mikroskop. Anat. LV. 1. p. 111.

Levy-Dorn, Aufnahmen mittels Röntgenstrahlen b. angehaltenem Athem. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 216.

Lewandowsky, M., Zur Frage d. inneren Sekretion von Nebenniere u. Niere. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 535.

Lexer, E., Magenschleimhaut im persistirenden Dottergang. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 859.

London, E. S., Notes histologiques. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 215.

Lyonnet, B., et F. Martel, D'une méthode simple et rapide pour pratiquer la numération des globules blancs chez l'homme. Lyon méd. XCI. p. 431. Juillet.

Marcuse, Julian, Vom Anthropologencongress in Lindau. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Mariani, F., Alcune considerazioni sulla teoria cardiaca del *Baccelli*. Policlin. VI. 15. p. 337.

Marinesco, G., Nouvelles recherches sur l'origine du facial supérieur et du facial inférieur. Presse méd. VII. 65.

Meek, Alexander, On the post-embryonal history of voluntary muscles in mammals. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 596. July.

Meinong, A., Ueber Gegenstände höherer Ordnung u. deren Verhältnisse zur innern Wahrnehmung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 3 u. 4. p. 182.

Meissen, Ernst, Die Abhängigkeit d. Blutkörperchenzahl von d. Meereshöhe. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 523.

Melnikow-Raswedenkow, N., Histolog. Untersuchungen über d. elast. Gewebe in normalen u. patholog. veränderten Organen. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 3. p. 546.

Meyer, Robert, Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium d. fötalen u. kindl. Uterus, einschliessl. d.

Gartner'schen Ganges. Berlin. S. Karger. Gr. 8. II u. 154 S. mit 36 Abbild. im Text u. auf 11 Tafeln. 5 Mk.

Mies, Joseph, Ueber d. Masse, d. Rauminhalt u. d. Dichte d. Menschen. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 90.

Missbildungen u. Bildungsanomalien s. II. *Abram, Anderson, Andrus, Balint, Bayer, Bertacchini, Brooks, Clarke, Craig, De Castro, Frick, Griffiths, Harbitz, Heymann, Lamouroux, Opitz, Ricoux, Rolly, Scholten, Smith, Stouffs, Sutton.* III. *Thorel.* IV. 2. *Hegar;* 4. *Griffith, Henry.* V. 2. b. *Wieting;* 2. c. *Berger, Castan, Rovsing, Stapler, Weiller;* 2. d. *Rochet;* 2. e. *Hollis.* VI. *Marshall, Oker, Winckel.* VII. *Ferenzi, Lorenz.* IX. *Faucher.*

Moraczewski, W. von, Ausscheidungsverhältnisse bei blutleeren u. hungernden Fröschen. Arch. f. Physiol. LXXVII. 5 u. 6. p. 290.

Morpurgo, B., Die Vita propria d. Zellen d. Periosts. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 172.

Müller, Erik, Studien über Neuroglia. Arch. f. mikroskop. Anat. LV. 1. p. 11.

Muscrove, Charles Ino., Radiograph of an injected full term foetus. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 672. July.

Nagel, Wilibald A., Ueber neue Nomenclatur d. vergleichenden Sinnesphysiologie. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 12.

Niessing, Georg, Zellenstudien. Arch. f. mikroskop. Anat. LV. 1. p. 63.

Olivi, Luigi A., Ricerche sperimentali sulla migrazione interna dell'ovulo. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Onuf (Onufrowicz), B., Notes on the arrangement and function of the cell groups in the sacral region of the spinal cord. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 498. Aug.

Opitz, Vergleich der Placentabildung von Meerschweinchen, Kaninchen u. Katze mit derjenigen b. Menschen (Diskussion). Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 288.

Opitz, Fälle von Missbildungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 312.

Oswald, Ad., Ueber d. Funktion d. Schilddrüse. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 33.

Palmer, J. Foster, The transmission of acquired characters. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1045.

Pappenheim, A., Vergleich. Untersuchungen über d. elementare Zusammensetzung d. rothen Knochenmarks einiger Säugethiere. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 19.

Parhon, C., et C. Popesco, Recherches sur la localisation spinale des noyaux moteurs du membre postérieur. Roumanie méd. VII. 3. p. 118.

Paton, Some objections to the neurone theory. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. July.

Pavy, F. W., An enquiry into the effects on the blood and urine of the intravenous and subcutaneous injection of various carbohydrates standing in relation to animal life. Journ. of Physiol. XXIV. 6. p. 479.

Peiser, Eugen, Ein weiterer Beitrag zur Automatie des menschl. Fötalherzens. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Pfaundler, M., Ueber d. zeitl. Ablauf d. Magensaftsekretion. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 336.

Pfeiffer, Richard, Ueber neuere hämatol. Forschungen. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 20. p. 693.

Pfeiffer, Th., Ueber die Resorption wässeriger Salzlösungen aus dem menschl. Magen unter physiol. u. patholog. Verhältnissen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 93.

Piltz, J., Ueber ein Hirnrindencentrum f. einseit., contralaterale Pupillenverengung (b. Kaninchen). Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 19.

Plesoianu, C., Les phénomènes généraux de la nutrition. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 233. Août.

Pollak, Alfred, Das Auge im Dienste d. Anthropometrie. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 38.

Popoff, L., Sur la valeur de la glande thyroïde au point de vue médical principalement. Arch. gén. N. S. II. 4. p. 385. Oct.

Prà, Pietro, Riassunto di una breve critica sperimentale sui dati relativi alla capacità respiratoria. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Preiswerk, Gustav, Beiträge zur Corrosionsanatomie d. pneumat. Gesichtshöhlen. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 31.

Prenant, A., Sur le protoplasme supérieur (archoplasme, kinoplasme, ergastoplasme). Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 4. p. 408. Juillet—Août.

Probst, Moritz, Zur Kenntniss der Pyramidenbahn. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 91.

Probst, M., Ueber d. Lokalisation d. Tonvermögens. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 387.

Probst, M., Ueber vom Vierhügel, von d. Brücke u. vom Kleinhirn absteigende Bahnen (Monakow'sches Bündel, Vierhügelvorderstrangbahn, Kleinhirnvorderstrangbahn, cerebrale Trigeminuswurzel u. andere motor. Haubenbündel). Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 192.

Psychologische Arbeiten, herausgeg. von *Emil Kraepelin.* II. 4. Leipzig. Wilh. Engelmann. 8. S. 569—706. 5 Mk.

Redard, P., et Frank Michel, Sillon médian profond de la lèvre inférieure et du menton; division médiane du maxillaire inférieur; malformation de la langue. Presse méd. VII. 78.

Reid, G. Archdall, The evidence for and against the transmission of acquired characters. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Reis, Joseph, Ueber einfache pathol. Versuche an Gesunden u. Geisteskranken. Psychol. Arb. II. 4. p. 587.

Ribbert, Hugo, Ueber Bildungen an Zellen u. Geweben. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 106.

Richter, George, Glossen zur Verdauungsphysiologie. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 18. p. 612.

Ricoux et Ed. Aubry, Un prétendu androgyne dans un service de femmes. Progrès méd. 3. S. X. 37.

Roemer, O., Ueber Sensibilität des Zahnbeins. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 393. Sept.

Rolly, Zur Casuistik d. Transposition d. grossen arteriellen Gefässe d. Herzens. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 241.

Roos, E., Untersuchungen über die Schilddrüse. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 40.

Rosenfeld, G., Die Herkunft d. Fettes. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 503.

Rothschild, David, Ueber d. physiol. u. pathol. Bedeutung des Sternalwinkels u. eine Methode seiner Grössenbestimmung mit Hülfe des Sternogoniometers. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 590.

Roux, Joanny, Double centre d'innervation corticale oculo-motrice. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 177. Sept.

Ruge, C., Die Talgdrüsen d. grossen u. kleinen Labien. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 300.

Sachs, Hans, Ueber d. Bedeutung d. Leber f. d. Verwerthung d. verschied. Zuckersorten im Organismus. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 87.

Sanson, A., Le quotient respiratoire et la thermogénèse. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 4. p. 467. Juillet—Août.

Santangelo, Ettore, Della tossicità urinaria nei bambini in rapporto a quella degli adulti. Policlin. VI. 19. p. 472.

Schaefer, Karl L., Die Bestimmung der unteren Hörgrenze. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 3 u. 4. p. 161.

Scheier, Max, Zur Sektion d. Nasenrachenraums (nach anatom. Präparaten von Prof. *Stieda*). Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 339.

Schenck, F., Ueber intermittirende Netzhautreizung. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 44.

Schilina, Ludmilla, Vergleich von *Ludwig's*

Kymographen mit *Hürthle's* Tonographen. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 433.

Schleich, C. L., Zur Casuistik der sekundären Sinnesempfindungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Schmorl, G., Darstellung feinerer Knochenstrukturen. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 19 u. 20.

Scholten, R., Een zeldzame congenitale tumor van den pink. Nederl. Weekbl. II. 14.

Schröder, G., Entgegnung auf *Turban's* Aufsatz: „d. Blutkörperchenzählung im Hochgebirge u. d. *Meissen'*sche Schlitzkammer", als weiterer Beitrag zur Klärung d. Frage. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40. vgl. a. 24.

Schwarz, Leo, Beiträge zur Physiologie u. Pharmakologie d. Diurese. Arch. f. experim. Pathol. XLIII. 1 u. 2. p. 1.

Sicherer, Otto von, Zur Chemotaxis d. Leukocyten in vitro. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Siemerling, E., Ueber Technik u. Härtung grosser Hirnschnitte. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 32.

Simon, A., Ueber d. Einfluss d. künstl. Schwitzens auf d. Magensaftsekretion. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 140.

Smith, W. C. F., A bicephalic foetus. Lancet Aug. 19. p. 489.

Soukhanoff, Serge, Contribution à l'étude de l'état et du développement des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale chez quelques vertébrés nouveau-nés. Revue neurol. VII. 18. p. 656.

Soulier, H., Du rôle de l'élasticité dans la diastole du coeur et des artères. Lyon méd. XCI. p. 503. 551. Août.

Stern, L. William, Die Wahrnehmung von Tonveränderungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 5. p. 360.

Stewart, G. N., The relative volume or wight of corpuscles and plasma in blood. Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 356.

Stewart, G. N., The effect on the molecular concentration and electrical conductivity of muscle extracts on removal of the proteids. Journ. of Physiol. XXIV. 6. p. 460.

Stouffs, Mains bottes très prononcées résultant d'une absence congénitale des radius. Presse méd. belge LI. 41.

Sutton, J. Bland, An acardiac from a cow. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 97.

Szakáll, Julius, Beiträge zur Anatomie u. Funktion des oberen Gleichbeinbandes beim Pferde (M. interosseus III.). Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 334.

Szubinski, Alfred, Beiträge zur feineren Struktur d. Leberzelle, mit besond. Berücksicht. d. Pathogenese des Ikterus. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 3. p. 446. 589.

Terrien, Eugène, Du foie foetal physiologique. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 433. Oct.

Thomson, Arthur, Morphological significance of certain fissures in the human liver. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 546. July.

Thomson, Arthur, Sexual differences of the foetal pelvis. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 279.

Trzaska-Chronszczewsky, Zur Lehre von d. vasomotor. Nerven. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 373.

Tschermak, Armin, Ueber d. Folgen d. Durchschneidung d. Trapezkörpers b. d. Katze. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 15. 16.

Tschlenoff, M., Beitrag zur Kenntniss d. Knäueldrüsenkörnchen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 185.

Türk, S., Untersuchungen über die Entstehung des physiolog. Netzhautvenenpulses. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 513.

Turner, Wm., Rare form of palatal suture. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 674. July.

Uexküll, J. von, Der Neurokinet. (Ein Beitrag zur Theorie d. mechan. Nervenreizung). Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 291.

Wallenberg, Adolf, Eine bemerkenswerthe Gruppe centripetaler Fasern im Vorderseitenstrange des Kaninchens. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 18.

Walther, Anton, Beobachtungen über d. Verlauf centraler u. extranuclearer negativer Nachbilder. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 53.

Warrington, W. B., Further observations on the structural alteration observed in nerve cells. Journ. of Physiol. XXIV. 6. p. 464.

Werigo, Br., Zur Frage über die Beziehung zwischen Erregbarkeit u. Leitungsfähigkeit d. Nerven (nach Versuchen von *Rajmist*). Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 552.

Weygandt, Wilhelm, *Römer's* Versuche über Nahrungsaufnahme u. geistige Leistungsfähigkeit. Psychol. Arb. II. 4. p. 695.

Zwaardemaker, H., u. L. J. Lans, Ueber ein Stadium relativer Unerregbarkeit als Ursache d. intermittirenden Charakters d. Lidschlagreflexes. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 13.

S. a. I. *Physiologische Physik u. Chemie.* III. Bietti, Hansemann, Lambotte, Stuparich; 8. Bischoff. V. 2. a. Buchbinder; 2. b. Bacon; 2. c. Delore. VIII. Pfaundler. IX. Findlay, Näcke. X. Caylay, Dunlop, Lobanow. XI. Henke, Mettler. XIII. 2. *Physiolog. Wirkung d. Arzneimittel.* XIV. 1. Hensen, Stifler. XV. Drouineau, Siegfried. XVI. Däubler. XX. Herda, Pergens.

III. Allgemeine Pathologie.

(Experimentelle Pathologie. Patholog. Anatomie. Bakteriologie.)

Adamkiewicz, Albert, Zur klin. Differentialdiagnose zwischen Carcinomen u. Sarkomen. Med. Centr.-Bl. XXXVII. 41.

Afanassieff, S. M., De l'accumulation chronique de la lymphe dans le tissu conjonctif sous-cutané. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 1. p. 67.

Ajello, Abele, Contributo alla genesi embrionale di un adeno-epitelioma cistico primitivo dell'ombelico. Rif. med. XV. 206—209.

Ajello, Abele, Contributo allo studio dell'adenoma sebaceo. Rif. med. XV. 210. 211.

Albrecht, Eugen, Neue Fragestellungen zur Pathologie d. Zelle. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.

Almquist, E., Om två biologiska bakeriearter. Hygiea LXI. 7. Svenska läkares. forh. S. 75.

Almqvist, Ernst, Ueber Phagocytose. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 507.

Anderson, Willis S., Study of some conditions that lead to fibroid changes, Physic. and Surg. XXI. 8. p. 352. Aug.

Ascoli, G., e P. Sciaudone, Sulla genesi dei versamenti nelle cavità sierose. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 401.

Auvray et Marcille, Fibrome de la paroi abdominale; étude pathogénique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 665. Juillet.

Barannikow, J., Zur Frage über d. Bakteriologie d. Lepromata. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Battelli, Frédéric, Le mécanisme de la mort par les courants électriques chez l'homme. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 10. p. 605. Oct.

Baumgarten, P., Beiträge zur Lehre von der natürl. Immunität. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Beco, Lucien, Note sur la valeur de l'agglutination par le sérum antityphique expérimental comme moyen de diagnostic entre le bacille d'*Eberth* et les races côliformes. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Behla, Robert, Die geograph.-statist. Methode

als Hülfsfaktor d. Krebsforschung. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 123.

Beiträge zur patholog. Anatomie u. zur allgem. Pathologie. Red. von *E. Ziegler*. XXVI. 2. 3. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 173—590 mit 12 Taf. u. 2 Figg. im Text.

Berestnew, N., Zur Frage d. Klassifikation u. systemat. Stellung d. Strahlenpilze. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 13.

Bettmann, Ueber eosinophile Zellen im gonorrhoischen Eiter. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 227.

Bietti, A., Anatom. Untersuchungen über d. Regeneration d. Ciliarnerven nach d. Neurectomia opticociliaris b. Menschen. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 190.

Bill, A. F., Movement of bacilli etc. in liquid suspension on passage of a constant current. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 9.

Bliesener, Ueber Gelatineculturen im Brütschrank. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXIX. 3. blz. 97.

Bloch, C. E., Et Indläg i Spörgsmaalet om Bacterium coli's Antagonisme mod de övrige Urinbakterier. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34.

Borrmann, Robert, Zum Wachsthum u. zur Nomenclatur d. Blutgefässgeschwülste. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 297.

Bosellini, P., Ueber d. psoriat. Process. Histolog.-pathogenet. Beitrag. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 7. p. 301.

Browicz, T., Intussusception d. Erythrocyten durch d. Leberzelle u. d. daraus möglichen Bilder d. Leberzelle. Bull. internat. de l'Acad. des Sc. de Cracovie Juillet.

Bucco, Menotti, Penetrazione di batterii nelle uova. Rif. med. XV. 226. 227. 228. 229.

Buchanan, W. J., Dysentery as a terminal symptom of disease in the tropics. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Buchner, Hans, Natürl. Schutzeinrichtungen d. Organismus u. deren Beeinflussung zum Zweck d. Abwehr von Infektionskrankheiten. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 39. 40.

Cafiero, Carmelo, Sulla presenza del bacillo difterico del sangue di alcuni animali da esperimento (cavie e conigli). Gazz. degli Osped. XX. 112.

Campbell, Alfred W., Colitis or dysentery; an etiological and anatomical study. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 227. Aug.

Cantacuzène, J., Recherches sur la spirillose des oies. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 7. p. 529. Juillet.

Cave, Edward J., Some recent applications of bacteriology to clinical medicine. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 148. Aug.

Cesaris-Demel, A., Sur l'action toxique et septique de quelques microorganismes pathogènes sur le système nerveux central. Arch. de Biol. XXXI. 3. p. 453.

Cobbett, L., The origin of antitoxin. Lancet Aug. 5.

Cobbett, Louis, The nature and the action of antitoxine. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 193. Aug.

Colard, J., Préparation de la caséine comme agent pyogène. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 9. p. 735. Sept.

Cornil, Note sur les coccidioses humaines, sous forme de tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané et des bourses séreuses. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 209. Juillet 25.

Cornil et Coudray, Réparation et ossification de la moelle des os, après évidement de cette substance, chez le chien. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 126. Juillet 18.

Councilman, William T., The growth and extension of carcinoma. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 256. Sept.

Courmont et Cade, Transmission de la substance agglutinante du bacille d'*Eberth* par l'allaitement. Lyon méd. XCII. p. 5. Sept.

Czaplewski, Zur Bakteriologie d. Keuchhustens. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 7 u. 8.

Czerny, Ad., Zur Kenntniss d. hyalinen Degeneration. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 255.

Czerny, Vincenz, Warum dürfen wir d. parasitäre Theorie f. d. bösartigen Geschwülste nicht aufgeben? Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 243.

Daniels, C., The post-mortem changes in the lungs. Lancet Oct. 7.

Danysz, Contribution à l'étude de l'immunité; propriétés des mélanges de toxines et d'antitoxines; constitution des toxines. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. p. p. 581. Juillet.

Deguy, Autopsie d'une appendicite opérée. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 713. Juillet.

Delore, Xavier, La môle vésiculaire est un chondrome. Lyon méd. XCI. p. 581. Août.

Densusianu, La réparation des plaies aseptiques des muscles. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 684. Juillet.

Deutsch, Ladislaus, Ueber d. gegenwärtigen Stand d. Lehre von d. bakteriellen Immunität, mit spec. Berücksicht. d. Typhusimmunität. Wien. med. Presse XL. 41. 42. 43.

Deutsch, Lad., Contribution à l'étude de l'origine des anticorps typhiques. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 9. p. 689. Sept.

Dexler, H., Beiträge zur Pathogenese u. patholog. Anatomie d. Hydrocephalus internus d. Pferde. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 20.

Dienst, Ueber multiple Embryome. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 61.

Dietrich, A., Theoret. Betrachtungen u. experim. Untersuchungen über Diphtherieheilserum. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 35.

Discussion on the thermic fever (so-called siriasis) with special reference to its alleged microbic causation. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Distefano, Nunzio, Le modificazioni anatomiche del rene nell'idronefrosi sperimentale. Policlin. VI. 16. p. 368.

Dominici, Hématies nucléées des foetus de lapin; réaction normoblastique de la moelle osseuse du lapin adulte. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 763. Juillet.

von Dungern, Specif. Immunserum gegen Epithel. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Durdufi, G. N., Die Asphyxie als Cardiotonicum. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 115.

Duret, H., Tumeurs multiples et singulières des bourses séreuses (endothéliomes, pent-être d'origine parasitaire). Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 725. Juillet.

Eden, T. W.; J. Bland Sutton; Arnold W. W. Lea, Report on a specimen of tumour expelled from uterus during labour at term. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 219.

Elmassian, Note sur un bacille des voies respiratoires et ses rapports avec le bacille de *Pfeiffer*. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 621. Août.

Emmerich, Rudolf, Natürliche Schutzeinrichtungen d. Organismus u. deren Beeinflussung zum Zwecke d. Abwehr von Infektionsprocessen. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 41.

Enderlen, Histolog. Untersuchungen b. experimentell erzeugter Osteomyelitis. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 507.

Engel, C. S., Können Malariaplasmodien mit Kernen kernhaltiger rother Blutkörperchen verwechselt werden? Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 30.

Engelken jun., Hermann, Metastasirende embryonale Drüsengeschwulst d. Nierengegend im Kindes-

alter. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 320.

Escherich, Theodor, Zur Kenntniss d. Darm-Colibacillen unter physiol. u. pathol. Verhältnissen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 425.

Eyre, J. W. H., The bacillus diphtheriae in milk. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Ferlito, Carmelo, Sulla diagnosi differenziale del vibrione del colera. Gazz. degli Osped. XX. 115.

Fischer, Bernhard, Die Bedeutung der bakteriolog. Meeresforschung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Forchheimer, F., and R. W. Stewart, On the toxicity of the urine. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 297. Sept.

Fraenkel, Eug., Ueber d. Erreger d. Gasphlegmonen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Fraenkel, Eug., u. P. Krause, Bakteriolog. u. Experiment. über d. Galle. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 97.

Freudweiler, Max, Anatom. Mittheilungen über einen Fall von multiplen Gliomen d. Rückenmarks. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 64.

Freund, E., u. C. Sternberg, Ueber Darstellung d. Heilkörpers aus d. Diphtherieheilserum. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 429.

Friedmann, Friedrich, Die Altersinvolution u. ihre Therapie. Einiges über d. Tod. Wien. med. Presse XL. 32. 33.

Friedrich, P. L., u. H. Nösske, Studien über d. Lokalisirung d. Tuberkelbacillus b. direkter Einbringung dess. in d. arteriellen Kreislauf (l. Ventrikel) u. über aktinomycesähnl. Wuchsformen d. Bacillenherde im Thierkörper. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 3. p. 470.

Fuchs, Emil, Beiträge zur Kenntniss d. Entstehung, d. Volumens u. d. Bedeutung eosinophiler Zellen, mit besond. Berücksicht. d. Sputums. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 427.

Gabritschewsky, G., Ueber einige Streitfragen in d. Pathologie d. Spirochäteninfektionen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 10.

Galli-Valerio, Bruno, Contribution á l'étude de la morphologie du bacillus mallei. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 6.

Gengou, O., Etude sur les rapports entre les agglutinines et les lysines. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 642. Août.

Goldberg, S., Ueber d. Ausscheidung d. Tetanusgiftes durch d. Urin b. experiment. Tetanus. Boln. gas. Botk. 22. 23. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Grawitz, E., Ueber körnige Degeneration d. rothen Blutzellen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Grawitz, P., Fettnekrose u. Pankreasnekrose. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38. Beil.

Grawitz, Paul, Ueber d. Wanderzellenbildung d. Hornhaut. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 1.

Gruber, Max, Zur Theorie der Agglutination. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Gwyn, N. B., A case in which the bacillus aërogenes capsulatus was repeatedly isolated from the circulation during life. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 134. July.

Haffkine, W. M., Ueber Schutzimpfung. Wien. med. Presse XL. 39. 40.

Hagedorn, Max, Der sogen. adenoide Habitus. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 17. p. 574.

Hansemann, David, Die Stellung d. patholog. Anatomie u. allgem. Pathologie zur Entwickelungsgeschichte, speciell zur Keimblattlehre. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 43.

Harrevelt, H. G. van, Ueber einen b. d. bakteriolog. Fleischbeschau aufgefundenen Diplococcus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Hartzell, M. B., Epithelioma as a sequel of psoriasis and the probability of its arsenical origin. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 265. Sept.

Haultain, F. W. N., Deciduoma malignum. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 190. Aug.

Henseval, Maurice, Les microbes du lait. Revue des Questions scientif. 2. S. XVI. p. 561.

Hering, H. E., Ueber Grosshirnrindenreizung nach Durchschneidung d. Pyramiden oder anderer Theile d. centralen Nervensystems mit besonderer Berücksicht. d. Rindenepilepsie. Wien. klin. Wchnschr. XII. 33.

Hesse, W., Ein neues Verfahren zur Züchtung d. Tuberkelbacillus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 502.

Hoche, Cl. L., Histogénèse du nodule actinomycosique et propagation des lésions. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 599. Sept.

Hoppe, Argyrosis. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 660.

Jackson, Henry, The value of the pulse in diagnosis and prognosis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 7. p. 151. Aug.

Jahresbericht über d. Fortschritte in d. Lehre von d. pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze u. Protozoen. Herausgeg. von *P. von Baumgarten* u. *F. Tangl.* XIII. Jahrg. 1897. 2. Hälfte. Braunschweig. Harald Bruhn. Gr. 8. S. 337—1063 u. VI S. 17 Mk.

Immunität s. III. *Baumgarten, Danysz, Deutsch, von Dungern, Emmerich, Haffkine, Marx, Ransom, Tschistowitsch, Vincenzi, Weisbecker.* XV. *Beclère.*

Kassowitz, Max, Kritisches über Diphtheriebacillen u. Heilserum. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 38.

Katschkowski, P., Ueber Lebenbleiben d. Hunde nach doppelseit. Resektion d. Halsvagi. Boln. gas. Botk. 18. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Katzenstein, M., Experiment. Untersuchungen über Darmvereinigung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Kazowsky, A. D., Beitrag zur Lehre von d. Veränderungen d. Nervensystems b. Erschütterungen. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 17.

Kazowsky, A. D., Zur Frage von d. multiplen Nekrosen d. Gehirns. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 513. Sept.

Klein, E., Beitrag zur Kenntniss d. Verbreitung d. Bacillus pseudotuberculosis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 9.

Kober, Max, Die Verbreitung des Diphtheriebacillus auf d. Mundschleimhaut gesunder Menschen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 433.

Koch, R., Ueber d. Entwickelung d. Malariaparasiten. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 1.

Kossel, H., Ueber einen malariaähnl. Blutparasiten b. Affen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 25.

Kraus, Fr.; A. Kossler u. W. Scholz, Ueber d. Sauerstoffcapacität d. menschl. Blutes in Krankheiten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 378.

Krause, Paul, Beitrag zur Kenntniss d. Actinomyces. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 7 u. 8.

Krebs s. III. *Behla, Councilman, Lack, Mc Weeney, Silberstein, Webber, Williams.* IV. 3. *Herrmann, Vergely;* 5. *Bernard, Descos, Dominici, Einhorn, Fischer, Grön, Köllner, Krokiewicz, Lamberg, Lereboullet, Mesnil, Musser, Potier, Strauss, Tricomi;* 6. *Treyer;* 9. *Payne.* V. 2. a. *Goris, Morestin, Tscherning, Tschudy;* 2. c. *Carlson, Koeppelin, Lambret, Lereboullet, Maiss, Manges, Maydl, Sörensen, Sommer;* 2. d. *Auché, Auvray, Wolff.* VI. *Amann, Hall, Jessett, Leuret, Madden, Odebrecht, Roberts.* VII. *Sarwey.* X. *Wheatly.* XI. *Carrel, Scheppegrell, Sendziak.* XIII. 2. *Mc Feely.*

Kriloff, P. P., Rapport annuel de la station antirabique attachée à l'hôpital municipal de Samara pour

l'année 1897. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 207.

Krönig, G., Histolog. u. physikal. Lumbalpunktionsbefunde u. ihre Deutung. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 565.

Krogius, Om Appendiciternes Bakteriologi. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 920.

Kromayer, Ernst, Bericht über d. Fortschritte d. Dermatologie auf d. Gebiete d. Pathologie u. pathol. Anatomie im J. 1898. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 16 u. 17.

Krzystalowicz, Franz, Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 5. p. 201.

Lack, H. Lambert, A preliminary note on the experimental production of cancer. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 154. Aug.

Lambotte et Maréchal, L'agglutination du bacille charbonneux par le sang humain normal. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 637. Août.

Langlois, J. P., Les invertébrés agents de contage. Presse méd. VII. 80.

Lebell, J., Ein neuer Vorgang b. d. Inoculation von Thieren mit Rabiesvirus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 7 u. 8.

Lemaire, Albert, Du rôle protecteur du foie contre la généralisation colibacillaire. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 556. Sept.

Lépine, R., et B. Lyonnet, Etude anatomique des lésions pulmonaires observées chez le chien à la suite d'infections intra-trachéales de bacille typhique. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 549. Sept.

Levin, Les microbes dans les régions arctiques. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 7. p. 558. Juillet.

Lobanow, S. W., Zur Frage über d. Bedeutung nicht pathogener Bakterien in d. infektiösen Erkrankungen des Auges. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Löwenbach, Georg, Beitrag zur Histogenese d. weichen Naevi. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 485.

Maass, Fritz, The value of complete diagnosis. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 253. June.

Mc Weeney, Gall-stones with multiple abscess of the liver and carcinoma of the bladder. Dubl. Journ. CVIII. p. 143. Aug.

Malvoz, E., Sur la présence d'agglutinines spécifiques dans les cultures microbiennes. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 630. Août.

Mandlebaum, F. S., and E. Libman, A report of a series of unusual pathological conditions. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 312.

Marfan, A. B., Rôle des microbes dans les gastroentérites des nourrissons. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 408. Sept.

Marx, Beiträge zur Lyssaimmunität. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Matzuschita, Teïsi, Ueber die Wachsthumsunterschiede d. Bacillus d. Hühnertuberkulose u. d. menschl. Tuberkulose auf pflanzl., Gelatine- u. Agarnährböden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Maximow, Alexander, Die histolog. Vorgänge b. d. Heilung von Hodenverletzungen u. d. Regenerationsfähigkeit d. Hodengewebes. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 230.

Mayer, Georg, Zur Kenntniss d. säurefesten Bakterien aus d. Tuberkulosegruppe. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Mazza, Carlo, Bakteriol. Untersuchungen über eine neuerdings aufgetretene Hühnerepizootie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 6.

Michaelis, M., Demonstration mikroskop. Präparate von Gonokokken. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 619.

Moltschanoff, M. J., Ueber d. Gonokokkentoxin u. seine Wirkung auf d. Nervensystem. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Morgenroth, J., Ueber d. Antikörper d. Labenzyms. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Moxter, Ueber d. Wirkungsweise d. bakterienauflösenden Substanzen d. thier. Säfte. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Moxter, Die Beziehungen d. Leukocyten zu d. bakterienauflösenden Stoffen thier. Säfte. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Mullick, Sarat K., Some of the more common forms of tropical diseases met with in genéral practice in England. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Munch, Francis, Les tumeurs tridermiques de l'ovaire et du testicule. Semaine méd. XIX. 38.

Nicolas, J., Sur les caractères macroscopiques des cultures de tuberculose humaine et aviaire, leur valeur différentielle. Lyon méd. XCII. p. 181. Oct.

Noïca, Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la dilatation des bronches (non tuberculeuse) basée sur 4 autopsies. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 770. Juillet.

Novy, F. G., The bacillus icteroides. Med. News LXXV. 13. p. 385. Sept.

Oberndorfer, Sigfrid, Bericht über d. Verhandl. d. deutschen pathol. Gesellschaft auf d. 71. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 19 u. 20.

Ohlmacher, A. P., Several examples illustrating the comparative pathology of tumors. Bull. of the Ohio Hosp. f. Epilept. I. 2 a. 3. p. 223.

Olmer, D., Note sur l'état des cellules nerveuses de la moelle et du cerveau dans un cas de convulsions de cause infectieuse chez un enfant. Revue de Méd. XIX. 8. p. 644.

Padoa, Gustavo, Sul diverso modo di agire della tossina tifica e della difterica a seconda che siano iniettate nella vena porta o nella vena giugulare. Rif. med. XV. 197. 198. 199.

Pakes, Walter C. C., A modification of the *Aronson* and *Phillips* staining method and its application in the case of malarial blood. Lancet Oct. 14. p. 1041.

Palmberg, A., Infektionsläran nuvarande ståndpunkt. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. s. 883.

Pane, N., Sulla presenza dello pneumococco nel sangue. Rif. med. XV. 182. 183.

Paton, D. Noël; James Craufurd Dunlop, and Ivison Macadam, On the modifications of the metabolism produced by the administration of diphtheria toxine. Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 331.

Pembrey, M. S., Some observations upon *Cheyne-Stokes* respiration. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Pförringer, S., Ueber die Selbstverdauung des Pankreas. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 126.

Pittfield, Robert L., The peculiar agglutinative action of blood sera upon life of spermatozoa. Lancet Sept. 9.

Poulain, A., Epithélium pavimenteux stratifié du type malpighien dans l'intérieur d'une bronchectasie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 535. Juin.

Raehlmann, E., Ueber d. Anheilung transplantirter Lippenschleimhaut an d. intermarginale Fläche d. Augenlidränder. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 173.

Ransom, F., The conditions which influence the duration of passive immunity. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 180. Aug.

Raudnitz, R. W., Die Resorption aus d. Nabelschnur. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 39.

Reusz, Friedrich von, Beitrag zur patholog. Anatomie d. Bulbärerkrankungen b. Tabes. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 535.

Rose, Ulrich, Zur Kenntniss d. Zuckergussbildung an serösen Häuten. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Rosenbach, O., Wesen u. Behandl. d. Krisen b.

akuten Krankheiten. [Berl. Klin. Heft 134.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 38 S. 1 Mk. 20 Pf.

Rosin, Heinr., Normaler Bau u. patholog. Veränderungen der Nervenzelle. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Sabouraud, R., La défense de la peau contre les microbes. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 729.

Sacharoff, N., Versuche über Enzyme. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 6.

Savtschenko et Mielkich, Contribution à la biologie de la bactérie du rheumatisme aign. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 2. p. 160.

Schaudinn, F., Ueber d. Einfl. d. Röntgenstrahlen auf Protozoen. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 29.

Scheel, Victor, Multiplicitet af primäre, maligne Svulster. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 36.

von Scheibner, Bilden d. Tonsillen häufige Eingangspforten f. d. Tuberkelbacillen? Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 3. p. 511.

Schenk, Carl, Die patholog. Enzymwirkung u. d. pathogenen Mikrobienprodukte als Krankheitsursachen. Leipzig. Alfred Langkammer. 8. 39 S. 1 Mk. 20 Pf.

Schépilewsky, E., Recherches expérimentales de la question concernant la dégénération amyloïdique. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 2. p. 109.

Schnitzler, Julius, u. A. Langer, Beitrag zur Kenntniss d. latenten Mikroorganismen. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 866.

Schütze, Alb., Ueber d. Nachweis von Typhusbacillen in d. Faeces u. in d. Milz nach d. Verfahren von *Piorkowski*. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 39. 284.

Schwalbe, Ernst, Die morpholog. Umwandlungen d. rothen Froschblutkörperchen b. d. extravaskulären Gerinnung. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 80.

Sellheim, Hugo, Castration u. Knochenwachsthum. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 236.

Seng, W., Ueber d. qualitativen u. quantitativen Verhältnisse d. Eiweisskörper im Diphtherieheilserum. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 513.

Sgambati, O., Neuer Trokar zur Exploration patholog. Gewebe. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 38.

Silberberg, L., Sur un nouveau caractère différentiel du bacille d'*Eberth* et du coli-bacille, proposé par Mm. *L. Thoinot* et *G. Brouardel*. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 2. p. 161.

Silberstein, D., Ein Fall von Metastasenbildung in einem Thrombus d. Vena cava inferior b. primärem Adeno-Carcinoma myxomatodes. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 183.

Silvestrini e Baduel, Fagocitosi, potere battericida e agglutinante nell'infezione pneumonica in relazione colle speciali modificazioni del diplococco di *Fraenkel*. Settimana med. LIII. 37. 38.

Sorrentino, N., Alterazione de sangue per diminuita o soppressa perspirazione cutanea. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 364. Giugno.

Soulier, H., La réaction défensive et son schéma. Bull. de Thér. CXXXVIII. 10. p. 353. Sept. 15.

Steiner, Ueber grosscyst. Degeneration d. Nieren u. d. Leber. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Stewart, C. Balfour, Preliminary note on some experiments to determine the comparative efficacy of the different constituents of *Haffkine's* plague prophylactic. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Stoeltzner, Wilhelm, Fötales Myxödem u. Chondrodystrophia foetalis hyperplastica. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 106.

Stoerk, Oskar, Beiträge zur Pathologie der Schleimhaut d. harnleitenden Wege. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 3. p. 367.

Storch, E., Ueber d. patholog.-anatom. Vorgänge am Stützgerüst des Centralnervensystems. Virchow's Arch. CLVII. 1. 2. p. 127. 197.

Stuparich, Zur physiolog. u. patholog. Anatomie d. Wurmfortsatzes. Wien. med. Presse XL. 35.

Tavel, Mittheilungen aus d. bakteriol. Laboratorium Bern u. aus d. Schweizerischen Serum- u. Impfinstitut. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16.

Tchistowitch, Théodore, Etude sur les propriétés du sang des animaux injectés de sang ou de sérum d'une autre espèce animale, en rapport avec la théorie d'immunité d'*Ehrlich*. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 1. p. 68.

Thompson, W. H., The physiological effects of peptone, when injected into the circulation. Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 374; XXV. 1. p. 1.

Thorel, Ch., Ein Fall von multiplen congenitalen Atresien des Dünndarms. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Tikanadsé, J., Sur les altérations morphologiques du sang dans l'ostéomalacie. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 2. p. 157.

Tizzoni, Guido, Sul modo di determinare la potenza del siero antitetanico col metodo de la mescolanza in vitro. Rif. med. XV. 242.

Tricomi, E., Esperimenti sull'emostasi del fegato. Policlin. VI. 18. p. 381.

Unna, P. G., Meine bisher. Befunde über d. Morococcus. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 3. p. 106.

Valude, E., Action bactéricide des larmes. Ann. d'Oculist. CXXII. 3. p. 168. Sept.

Venanzi, Sante, Alcuni disturbi di pigmentazione della cute raffrontati a fenomeni sperimentali delle capsule surrenali. Rif. med. XV. 237—241.

Vincent, H., Recherches bactériologiques sur l'angine à bacilles fusiformes. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 609. Août.

Vincenzi, Ueber antitox. Eigenschaften d. Galle eines Tetanikers. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Virchow, Rudolf, Die Eröffnung d. patholog. Museums d. kön. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin am 27. Juni 1899. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 4. 31 S. mit 1 Ansicht u. 4 Grundrissen.

Walbaum, Otto, Untersuchung über d. quergestreifte Muskulatur mit besond. Berücksicht. d. Fettinfiltration. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 170.

Walz, Karl, Natürl. Schutzeinrichtungen d. Organismus u. deren Beeinflussung zum Zweck d. Abwehr von Infektionsprocessen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Wanner, Paul August, Einfluss d. akuten Anämie auf d. histolog. Bild d. Schilddrüse. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 29.

Webber, H. W., Cancer in the lower animals. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 882.

Weinberg, Tumeurs à levures. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 768. Juillet.

Weisbecker, Wie gewinnen wir Blutserum zu Heilzwecken von menschl. Reconvalescenten. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 32.

White, Charles Powell, The difinition, terminology and classification of tumors. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 220. Aug.

Williams, W. Roger, Cancer in lower animals. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 815; Oct. 14. p. 1046.

Winogradsky, S., et V. Oméliansky, L'influence des substances organiques sur le travail des microbes nitrificateurs. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 233.

Winternitz, Rudolf, Ueber Veränderungen regionärer Lymphdrüsen b. artificiellen Hautentzündungen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 45.

Wlaeff, Nature des blastomycètes pathogènes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 766. Juillet.

Wlaeff, Actions des sérums anti-diphthériques, phéniques et non phéniques, sur le sang et les organes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 769. Juillet.

Woolley, Paul Gerhardt, A note on the pig-

ment production of bacillus pyocyaneus and bacillus fluorescens liquefaciens. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 129. July.

Woolley, Paul Gerhardt, Experiments made to determine the effect of sugar upon the pigment formation of some. chromogenic bacteria. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 130. July.

S. a. II. Barbacci, Cavazzani, Hallion, Herringham, Melnikow, Santangelo. IV. 2. Birt, Brill, Escherich, Etienne, Faber, Forssman, Foulerton, Gabrilowitsch, Hilbert, Horder, Hünermann, Libman, Meyer, Sanarelli, Sternberg, Stewart, Still, Thin, Wittich; 3. Borelius, Saxer; 4. Mollard, Winkler; 5. Albu, Audion, Gans, Gayet, Hunner, Ribierre, Strauss; 6. Tarchetti; 7. Pic; 8. Boston, Daddi, Guibal, Placzek, Sibelius; 9. Maisch, Schwarz, Stoeltzner; 10. Brutzer, Gassmann, Koptowski, Luck, Petrini, White; 11. Almkvist, Mirabeau, Muscatello, Panichi. V. 1. Braun, Noetzel; 2. a. Haug; 2. b. Wieting; 2. c. Auvray, Letulle; 2. d. D'Urso, Fagan, Harrison, Kregius; 2. e. Gangolphe. VI. Abel, Stevens. VII. Jörgensen, Kerr, Lea. VIII. Marfan. IX. Findlay, Weber. X. Hirschberg, Heinzel, Hoffmann, Morax, Obarrio. XI. Cima, Leutert, Meslay. XIII. 2. Baccarani, Boross, Hoor, Lomonaco, Welt; 3. Rossiter; 4. Logan. XV. Arnould, Dove, Pfuhl.

IV. Innere Medicin.

1) *Allgemeine Medicin. Propädeutik.*

Buch, Max, Ännu några ord om den percutoriska auskultationen. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 9. s. 1066.

Congrès français de médicine interne tenu à Lille du 28 Juillet au 2 Août 1899. Presse méd. VII. 62. 63. 64. — Gaz. des Hôp. 87—94. — Semaine méd. XIX. 34. — Echo méd. du Nord III. 33.

De Buck, D., et L. De Moor, Congrès de Médecine français à Lille, 1899. Belg. méd. VI. 31. p. 129.

Pollatschek, Arnold, Die octodigitale Palpation. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 526.

Repertoire terminologique des noms propres servant à désigner des maladies internes, des symptômes cliniques et des méthodes de traitement. Semaine méd. XIX. 37. 38.

Richards, George L., Reflex cough. New York med. Record LVI. 6. p. 188. Aug.

Verhandlungen d. Congresses f. innere Medicin, herausgeg. von *E. von Leyden* u. *Emil Pfeiffer*. XVII. Congress, gehalten zu Karlsbad vom 11.—14. April 1899. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. LII u. 668 S. mit 54 Abbild. im Texte u. 12 Tafeln. 12 Mk.

S. a. I. *Harnuntersuchung, Chem. Untersuchung pathol. Produkte.* III. *Experimentelle Pathologie.* V. 1. De Buck. XIV. 4. Hofmann.

2) *Allgemeine Infektionskrankheiten.*

Achard, Ch., Manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. Semaine méd. XIX. 14.

Affleck, J. O., and D. A. Welsh, Observations on a case of intermittent fever. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 105. Aug.

Amat, Tuberculose et chemins de fer. Bull. de Thér. CXXXVIII. 7. p. 257. Août 23.

Amat, Ch., Le traitement du tétanos. Bull. de Thér. CXXXVIII. 9. p. 336. Sept. 8.

Aron, Emil, Die Lungentuberkulose d. Menschen. Vjhrschr. f. öffentl. Gesundhpfl. XXXI. 4. p. 710.

Audard, E., Un cas d'orchi-épididymite typhoïdique. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 181. Août.

Babes, V.; E. Pop et P. Riegler, La sérothérapie antidiphthérique en Roumanie. Roumanie méd. VII. 3. p. 89.

Baskett, B., A case treated with antityphoid serum. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 852.

Bell, W. Blair, Rare complication of typhoid fever. Lancet Oct. 14. p. 1040.

Berger, Paul, Tuberculose ganglionnaire pseudolymphadénique (lymphome tuberculeux). Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 175. Juillet 25.

Bickerton, Thos. W., and Donald M. Barstow, Second report on experiments of Dr. *John F. Russell* in the treatment of pulmonary tuberculose at the Post-Graduate Hospital. Post-Graduate XIV. 8. p. 638. Aug.

Bierens de Haan, J. C. J., De uitkomsten der serum-behandeling van diphtherie aan het Leidsche ziekenhuis van 1894—1899. Nederl. Weekbl. II. 6.

Birt, C., and G. Lamb, Mediterranean or Malta fever, with special reference to the specific agglutinating substances which make their appearence in the blood in the course of that disease. Lancet Sept. 9.

Blake, Thomas William, The frequency of sick-room infection in typhoid fever. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 813.

Blumenthal, F., Zur Therapie d. Tetanus. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 549.

Bond, Francis T., Small pox mortality statistics. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1044.

Bonney, S. G., Suggestions concerning early diagnosis in pulmonary tuberculosis. Med. News LXXV. 14. p. 419. Sept.

Bourneville et Chapotin, Epidémie de fièvre typhoïde à Bicêtre. Progrès méd. 3. S. X. 32—35.

Bowditch, Vincent Y., Sanitaria in the treatment of tuberculosis. Med. News LXXIV. 15. p. 458. Oct.

Brill, N. E., and E. Libman, Pyocyaneus bacillaemia. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 153. Aug.

Brouardel, P., et Landouzy, Le congrès de Berlin pour la lutte contre la tuberculose. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 2. p. 139. Août.

Büdingen, Theodor, Zur Bekämpfung d. Lungenschwindsucht. Streifzüge eines Arztes auf d. Gebiete der Strafrechtspflege. Braunschweig. Vieweg u. Sohn. Gr. 8. IV u. 31 S. 80 Pf.

Bunch, J. Lemare, On some ancient methods of treating fevers. Lancet Aug. 12.

Campbell, H. J., Pulmonary tuberculosis in young children. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 259. Sept.

Cane, L., Case of acute traumatic tetanus; rapid and fatal determination. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1010.

Cardamatis, Jean, et Spiridion Kanellis, Etude clinique sur la fièvre paludéenne convulsive pernicieuse. Progrès méd. 3. S. X. 37.

Carossa, Zur Lösung d. Problems d. Heilbarkeit d. Lungentuberkulose. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 31 S. 1 Mk. 20 Pf.

Carr, Walter J., Tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 814.

Cautley, Edmund, Tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 2. p. 626.

Cazal, Du diagnostic précoce de la rougeole. Gaz. des Hôp. 94.

Celli, A., e G. Delpino, Contributo allo studio dell'epidemiologia della malaria secondo le recenti vedute etiologiche. Suppl. al Policlin. V. 44. p. 1377.

Chatin, Hospitalisation des tuberculeux indigents. Lyon méd. XCI. p. 518. Août.

Cheinisse, L., La peste au point de vue symptomatologique. Semaine méd. XIX. 41.

Cima, Francesco, Della leucocitosi nella pertosse. Napoli. Tip. Aurelio Tocco. 8. 16 pp.

Class, W. J., The etiology of scarlet fever. New York med. Record LVI. 10. 15. p. 330. Sept., Oct.

Clemow, Frank G., The reported outbreak of

plague in Russia. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 686. — Lancet Sept. 9. p. 738.

Clemow, Frank G., The plague in Russia. Brit. med. Journ. Oct. 7. p. 957.

Congress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit, Berlin 24.—27. März 1899. Centr.-Bl. f. allgem. Geshpfl. XVIII. 7 u. 8. p. 311. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. Beil.

Costa, Forles, La peste de Porto. Semaine méd. XIX. 38.

Cowen, T. R. J., Anti-typhoid serum in the treatment of enteric fever. Lancet Sept. 16.

Crum, F. S., Typhoid mortality in 24 American cities, 1889—1898. New York med. Record LVI. 7. p. 229. Aug.

Da Costa, J. M., Cases of typhoid cholecystitis ending in recovery. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 138. Aug.

Daremberg et Chuquet, Influence inverse de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux. Revue de Méd. XIX. 9. p. 681.

Davies, Sidney, Phthisical persons as outpatients. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 687.

Day, John Marshall, Diphtheria. Analysis of 100 cases. Dubl. Journ. CVIII. p. 81. Aug.

Defries, Wolf, Pasteur filtration and enteric fever. Lancet Sept. 16. p. 803.

Deguy, Hématémèse dans la diphthérie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 713. Juillet.

Delherm, Louis, La peste. Gaz. des Hôp. 108. 111.

Desoil, P., De la contusion thoracique dans ses rapports avec la pleurésie phthisiogène. Écho méd. du Nord III. 40.

Discussion on the personal communication of tuberculosis and the measures available for its prevention. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Donkin, H. B., Tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 685, Oct. 14. p. 1046.

Doolittle, E. B., Report of 10 cases of epidemic cerebrospinal meningitis. Med. News LXXV. 6. p. 173. Aug.

Doty, Alvah H., The report of a case treated with yellow-fever serum. New York med. Record LVI. 9. p. 289. Aug.

Dunham, John Dudley, Diphtheria. Med. News LXXV. 14. p. 417. Sept.

Eckervogt, R., Ein Diphtheritisfall. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 80.

Edson, Carroll E., A case of septicemia treated with normal salt solution. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 4. p. 83. July.

Egan, J. A., The prevention of tuberculosis in Illinois. New York med. Record LVI. 10. p. 358. Sept.

Erichsen, Stian, Undersögelser om beri-beri. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 555.

Escherich, Zur Aetiologie d. Dysenterie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 13.

Etienne, G., Pronostic des pyosepticémies à staphylocoques. Arch. gén. N. S. II. 4. p. 421. Oct.

Ewald, Anton, Trauma u. Phthisis. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 9. p. 429. Sept.

Faber, E. E., Om lumbalpunktion och bakteriologiska rön vid meningitis cerebrospinalis epidemica. Eira XXIII. 17.

Favre, Alex., Nouveau traitement de la diphthérie (croup). (Ann. de la Soc. obstétr. et gynécol. de France. Congrès Avril 1899.) 8. 8 pp.

Finkelstein, J., Die Pest in Ansob. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Fiori, Telesforo, Emottisi ed afasia motoria con emiparesi sinistra in un caso di ileo-tifo. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Fischer, Louis, Treatment of summer diarrhoea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 514. Aug.

Flick, Lawrence F., The treatment of tuberculosis. Med. News LXXV. 10. p. 298. Sept.

Flügge, G., La propagation et la prophylaxie de la phthisie. Gaz. hebd. XLVI. 81.

Forssman, J., Om senaste årens uppslag inom tetanus'bakteriologi och serumbehandlingen vid tetanus. Hygiea LXI. 8. s. 256.

Foulerton, Alexander G. R., On streptothrix infections. Lancet Sept. 16.

Fowler, J. Kingston, The arrest of pulmonary tuberculosis. Lancet Aug. 12.

Friedländer, A., Ueber den Einfluss des Typhus abdominalis auf d. Centralnervensystem. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 293.

Friedländer, Julius, Die psych. Behandl. der Tuberkulose im Sanatorium. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 341.

Friedrich, Edmund, Seereisen in Prophylaxe u. Therapie d. Lungenschwindsucht. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Futcher, Thomas B., A critical summary of recent literature concerning the mosquito as an agent in the transmission of malaria. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 318. Sept.

Gabbi, Umberto, Complicazioni nuove o rare della febbre tifoide. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 435.

Gabrilowitsch, J., Beitrag zur Kenntniss d. Verbreitung d. tuberkulösen Virus innerhalb d. menschlichen Organismus. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 36.

Galeotti, Recherches sur la peste bubonique. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 193.

Galletta, Vincenzo, Contributo alla patologia clinica dell'influenza. Gazz. degli Osped. XX. 100.

Garampazzi, C., Grave difterite associata, streptococcica, faringea e nasale; iniezioni endovenosi del siero. Gazz. degli Osped. XX. 106.

Garnier, Marcel, La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. Gaz. des Hôp. 112.

Giulio, Cesare, Sulla infida azione del siero antidifterico somministrato per la via dello stomaco. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Gläser, J. A., 3 Fälle von Typhus abdominalis. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 69—72.

Gorkom, W. J. van, Over purpura variolosa. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 4. blz. 356.

Graziani, Giovanni, Prognosi della rabbia complicata con albuminuria. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Guizzetti, P., Ueber einen Fall von Tuberculum anatomicum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 6. p. 253.

Guthrie, Leonard, Tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 753.

Hauser, Die Pest in Oporto. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 38.

Haussmann, Raphael, Die Schmierseifenbehandlung tuberkulöser Processe. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 534.

Havas, L., Das *Koplik*'sche Frühsymptom der Masern. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Hawkins, Herbert P., and E. O. Thurston, A case of typhoid fever of unusual duration. Lancet Oct. 14.

Hegar, A., Tuberkulose u. Bildungsfehler. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Hesse, W., Die Typhusepidemie in Löbtau. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Hilbert, Paul, Ueber d. constante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen u. ihre Bedeutung f. d. Aetiologie d. Anginen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 381.

Hinsdale, Guy, and Howard S. Anders, A visit to the Loomis sanatorium of consumptives. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 657. Aug.

Holsti, H., Ueber d. Resultate d. Serumtherapie b. Tetanus. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 404.

Holsti, Parotitis epidemica. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 1004.

Hoppe, J., Ein Beitrag zur Lehre vom Mumps. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 34.

Horder, Edward G., A modification of the *Aronson* and *Phillip's* staining method and its application in the case of malarial blood. Lancet Sept. 30. p. 889.

Horn, A. F. van, La grippe. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 669. Aug.

Houtum, G. van, De pest. Nederl. Weekbl. II. 13.

Hünermann, Epidemiologisches u. Bakteriolog. über Cerebrospinalmeningitis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Jackson, Thomas W., Typhoid perforation, in which the *Widal* reaction was absent. New York med. Record LVI. 15. p. 519. Oct.

Jakobi, J., Ueber an Typhus sich anschliessende Eiterungen. Ungar. med. Presse IV. 26 u. 27.

James, William M., Tetanus of 19 days duration, successfully treated with antitoxin. New York med. Record LVI. 11. p. 372. Sept.

Janssen, H. A., De ileo-typhus-epidemie te's Hertogenbosch in 1898. Nederl. Weekbl. II. 16.

Irwin, Joseph W., Cerebrospinal meningitis. Med. News LXXV. 10. p. 295. Sept.

Karcher, J., Einiges über die Basler Typhusepidemie d. 1. Quartals 1898. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16. 17.

Kern, Ueber eine Epidemie von Rubeola. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 39.

Kinnear, Beverley Oliver, Hydrophobia a disease easily cured. New York med. Record LVI. 4. p. 119. July.

Klemperer, Vom Tuberkulosecongress. Bad. ärztl. Mittheil. LIII. 13.

Koch, R., 1. Bericht über d. Thätigkeit d. Malariaexpedition. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Kooyker, H. A., Met welke omstandigheden hebben wij in de Nederlanden rekening te houden bij het oprichten van volks-sanatoria voor lijders aan longtuberkulose? Nederl. Weekbl. II. 6.

Kotowtschicoff, N. J., Ueber d. Behandlung d. Eiterungsstadiums d. Variola vera. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 265.

Kraus, Fr., Ergebnisse u. Ziele des Berliner Congresses zur Bekämpfung d. Tuberkulose als Volkskrankheit. Memorabilien XLII. 6. p. 322.

Kraus, Hugo, Perichondritis laryngis b. Scharlach. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 30.

Krause, Paul Friedrich, 6jähr. Erfahrungen b. d. Behandl. d. Tuberkulose nach *Robert Koch*. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 42.

Kübler, Zur Pestgefahr. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Kühn, Ein Fall von Tetanie b. Scharlach im Kindesalter. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Kurimoto, Tomei, Die Behandl. d. Lyssakranken in Japan. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 148.

Larned, Charles W., Chronic malarial nephritis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 131. July.

Larsen, C. F., Oversigt over udviklingen af läøren om scrofulose og tuberkulose. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. 9. 10. S. 985. 1129. 1278.

Lartigau, August Jerome, Multiple ulcers of the vulva and vagina in typhoid fever. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 10. p. 239. Sept.

Leick, Bruno, Casuist. Beitrag zur Therapie d. Tetanus. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 9. p. 649.

Lemoine, G. H., Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 249. Oct.

Lesieur, Cas de morve chez l'homme. Lyon méd. XCII. p. 166. Oct.

Libman, E., A review of the *Widal* tests made during 1898, with a description of the method used. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 336.

Loriga, La prophylaxie de la peste au moyen de la suppression des rats et des souris. Gaz. des Hôp. 97. 100.

Louis, M., The geographical distribution of undulant (Malta) fever. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Lyon, G., Traitement de la grippe. Bull. de Thér. CXXXVIII. 9. 10. 11. p. 321. 370. 410. Sept. 8. 15. 23.

Macdonald, Ian, Mosquitos in relation to malaria. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Maclachlan, John T., Erysipelas and alied diseases. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 129. Aug.

Madsen, La constitution du poison diphthérique. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 7. p. 568. Juillet.

Maurange, Gabriel, Fièvre typhoïde, prise pour une appendicite à forme hypertoxique, traitée par l'intervention chirurgicale précoce et terminée par guérison. Gaz. hebd. XLVI. 78.

Maurange, Gabriel, Quelques notions sur la peste. Gaz. hebd. XLVI. 81.

Maurice, Oliver Calley, A case of septicaemia treated with antistreptococcic serum. Lancet Aug. 12.

Mazzotti, Luigi, Delle enterorragie nel tifo addominale e di alcune condizioni poco note che le possono produrre. Milano. Francesco Vallardi. 8. 7 pp.

Menko, M. L. H. S., Zur Casuistik der Influenza-Complikationen. Wien. klin. Rundschau 24.

Meyer, Alfred, Notes on some interesting results with *Widal* test. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 42.

Mircoli, Stefano, L'apiressia tubercolare e la febbre tubercolare latente. Gazz. degli Osped. XX. 115.

Miyake, H., Ueber d. Rattenbisskrankheit. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 231.

Morgan, George, Remarks on tuberculous adenitis. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Mott, F. W., and W. D. Halliburton, Note on the blood in a case of beri-beri. Brit. med. Journ. July 29.

Myrdacz, Die Tuberkulose im k. k. [österr.] Heere. Militärarzt XXXIII. 17 u. 18.

Myschkin, M., Zur Frage d. Diphtheriebekämpfung b. d. Serotherapie. Woj.-med. Shurn. 1. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Naegeli, Otto, Ueber die Typhusepidemie in Oberpipp. Ein Beitrag zur Aetiologie u. Hämatologie d. Typhus abdominalis. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 18.

Nascimbeni, Ferruccio, La peste bubbonica. Suppl. al Policlin. V. 46. 47. p. 1441. 1473.

Navarre, Sanatoires pour tuberculeux indigents. Lyon méd. XCII. p. 11. 41. Sept.

Netter, La peste pendant ces dernières années; symptômes; marche; diagnostic. Presse méd. VII. 69. 70. 71.

Newkirk, C. T., The epidemic at Siboney [yellow fever]. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 366. Aug.

Noir, J., La peste à notre époque. Progrès méd. 3. S. X. 36.

Norman, Conolly, The etiology of beriberi. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 686.

Nuttall, George H. F., Neuere Forschungen über d. Rolle d. Mosquitos b. d. Verbreitung d. Malaria. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Nuttall, H. F., On the rôle of insetts, arachnids, and myriapods, as carriers in the spread of bacterial and parasitic diseases of man and animals. Johns Hopkins Hosp. Rep. VIII. 1 and 2. p. 1. — Brit. med. Journ. Sept. 9. — Lancet Sept. 16.

Osler, William, On the etiology and diagnosis of cerebro-spinal fever. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 2. p. 33. July.

Otis, Edward O., The struggle against tuberculosis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 12. p. 280. Sept.

Ott, Kurze Uebersicht über d. Stand d. Heilstättenbewegung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42.

Pace, D., Pleurite doppia tubercolare con simulazione di carcinoma endoteliale (sinechia del pericardio ed asistolia). Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 321. Giugno.

Padoa, Gustavo, Sul diverso modo di agire della tossino tifica e della difterica a seconda che siano iniettatte nella vena porta o nella vena giugulare. Rif. med. XV. 196.

Pascoletti, Sigismondo, Il valore curativo del siero antidifterico. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Peck, Herbert, The frequency of sick-room infection in typhoid fever. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Pelc, Verbreitung des Flecktyphus in Böhmen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 217.

Pfaundler, M., Zur Serodiagnostik im Kindesalter. Mit einem Beitrag zur Kenntniss d. ruhrartigen Erkrankungen. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 295.

Pinna, G., Un caso di tetano traumatico curato col metodo *Baccelli*. Policlin. VI. 17. p. 427.

Plicque, A. F., Le choléra infantile et son traitement. Presse méd. VII. 65.

Plicque, A. F., Le traitement de la coqueluche non compliquée. Presse méd. VII. 76.

Plicque, A. F., La diarrhée chez les tuberculeux et son traitement. Presse méd. VII. 80.

Prat, Erysipèle de la face chez un nègre. Lyon méd. XCI. p. 513. Août.

Reed, Walter, and James Carroll, The specific cause of yellow fever. Med. News LXXV. 11. p. 321. Sept.

Reiche, F., Die Erfolge d. Heilstättenbehandlung Lungenschwindsüchtiger u. klinische Bemerkungen zur Tuberculosis pulmonum. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. 32. 34.

Report on the etiology of yellow fever. Med. News LXXV. 9. p. 266. Aug.

Rice, John D., A case of tetanus successfully treated with antitoxin. Lancet Oct. 14.

Ries, L., Altes über antipyret. Fieberbehandlung, speciell b. d. Typhus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 41.

Robinson, Beverley, An interesting case of membranous sore throat. New York med. Record LVI. 10. p. 337. Sept.

Rördam, Holger, Forholdet mellem Angina og Difteritis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 39.

Rolly, Zur Frühdiagnose d. Masern. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Rosqvist, Ina., Om tyfoidfeberepidemi i Helsingfors under sommarer och hösten 1895. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 937.

Rudish, J., A study of the cases of typhoid fever observed from 1883 to 1898. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 15.

Rugani, Luigi, Contributo clinico alla melanodermia da malaria. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Salus, Gottlieb, Die bakteriologische Diphtheriediagnose in der Hauspraxis. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 35.

Sanarelli, G., Some observations and controversial remarks on the specific cause of yellow fever. Med. News LXXV. 7. p. 193. Aug.

Sanglé-Ferrière et Remlinger, Epidémie de fièvre typhoïde à la 8e. compagnie de remont à Tunis. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 169. Sept.

Schaefer, L'ulcération des pilliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde. Gaz. hebd. XLVI. 71.

Scharlau, Barnim, Typho-malarial fever. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 113.

Schmidt, Max, Die Resultate d. Serumbehandl. d. Diphtherie im Riga'schen Stadtkrankenhause. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 38.

Schmitt, Eine Diphtherieepidemie auf d. Lande, mit besond. Berücksicht. d. Heilserums. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 16. p. 542.

Schnirer, T., Du traitement médicamenteux de la phthise pulmonaire. Presse méd. VII. 79.

Schröder, G., u. Naegelsbach, Diazoreaktion im Harne u. Bakterienbefunde im Blute von Phthisikern. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41. 42.

Shurly, Ernest L., Epidemic influenza. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 274. June.

Sidlauer, A., 4 Diphtheriefälle. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Sigel, Die Serumbehandlung d. Diphtherie. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 31.

Sikora, Pierre, La méningite cérébro-spinale épidémique. Presse méd. VII. 67.

Simpson, W. J., On a recrudescence of plague in the East and its relations to Europe. Lancet Sept. 9.

Simpson, W. J., Plague, its symptomatology, pathology treatment and prophylaxis. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Sotow, A. D., 3 seltene Fälle von Complikationen b. Masern. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 1.

Stadelmann, E., Sporad. u. epidem. Meningitis cerebrospinalis. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 46.

Stalkartt, W. H. S., Haemoglobinuric fever and paludism. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Stanculeanu et Baup, Septicémie d'origine otitique sans thrombo-phlébite des sinus. Progrès méd. 3. S. X. 34.

Stanculeanu et Baup, Contribution à l'étude des relations de la confusion mentale avec les maladies infectieuses. Progrès méd. 3. S. X. 38.

Steinberg, Typhoide Erkrankungen nach dem Hochwasser vom 30. Juli 1897. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 35.

Sternberg, George M., The bacillus icteroides as the cause of yellow fever. Med. News LXXV. p. 225. Aug.

Stewart, C. Balfour, The plague; the bacteriological diagnosis of plague. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 807.

Stickler, Joseph William, Scarlet fever reproduced by inoculation. New York med. Record LVI. 11. p. 363. Sept.

Still, George F., Observations in the morbid anatomy of tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Strueh, Carl, On the prevention of tuberculosis. New York med. Record LVI. 13. p. 442. Sept.

Stschastney, A., Ueber d. Typhomalarien. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Sulemani, Shamsudin J., Plague prevention. Lancet Sept. 16. p. 805.

Symonds, C. J., 2 cases of unilateral nasal diphtheria. Lancet Sept. 16. p. 785.

Szegö, Koloman, Ueber d. Auftreten u. d. Verlauf d. Keuchhustens am Meeresstrande. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 292.

Tanja, T., Over eenige aandoeningen bij en na febris typhoïdea. Nederl. Weekbl. II. 14.

Taylor, Basil M., The practical treatment of typhoid fever. New York med. Record LVI. 12. p. 408. Sept.

Thin, George, The etiology of malarial fever. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Thoinot, La fièvre typhoïde à Paris de 1870 à 1899. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 2. p. 157. Août.

Thoinot, L., Note sur la fièvre typhoïde de Paris, en juillet et en août 1899 et sur le rôle de la Vanne. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 3. 4. p. 257. 304. Sept., Oct.

Trudeau, E. L., The present aspect of some vexed questions relating to tuberculosis, with suggestions for future research work. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 121. July.

Tuberkulose s. III. *Friederich, Hesse, Matzu-*

schita, *Nicolas*, *von Scheibner*. IV. 2. *Amat*, *Aron*, *Berger*, *Bickerton*, *Bonney*, *Bowditch*, *Brouardel*, *Büdingen*, *Campbell*, *Carossa*, *Carr*, *Cautley*, *Chatin*, *Congress*, *Daremberg*, *Davies*, *Desoil*, *Discussion*, *Donkin*, *Egan*, *Ewald*, *Flick*, *Flügge*, *Fowler*, *Friedländer*, *Friedrich*, *Gabrilowitsch*, *Guthrie*, *Haussmann*, *Hegar*, *Hinsdale*, *Klemperer*, *Kooyker*, *Kraus*, *Krause*, *Larsen*, *Mircoli*, *Morgan*, *Mydracz*, *Navarre*, *Otis*, *Ott*, *Plicque*, *Reiche*, *Schnirer*, *Schröder*, *Still*, *Strueh*, *Trudeau*, *Tysson*, *Unterberger*, *Viquerat*; 3. *Mendel*; 4. *Cabannes*, *Mircouche*; 5. *Fletcher*, *Gabel*, *Lohéac*, *Petruschky*; 6. *Frank*, *Newman*, *Róna*; 8. *Levaditi*; 9. *Poulain*; 10. *Lupus*; 11. *Monteverdi*. V. 1. *Dematteis*; 2. a. *Desnos*, *Feder*; 2. c. *Achalme*, *Arcangeli*, *Bauer*, *Borchgrevink*, *Büngner*, *Carle*, *Herzfeld*, *Hildebrand*, *Krogius*, *Lindström*, *Theilhaber*, *Wunderlich*; 2. d. *Berg*, *Castellano*, *Floderus*, *Kapsammer*, *Platow*, *Reynolds*, *Rovsing*, *Tschudy*; 2. e. *Guibal*, *Oschmann*. VI. *Löffler*, *Targett*. X. *Lagrange*. XI. *Eisenbarth*, *Gaudier*, *Phthisie*, *Sturmans*. XIII. 2. *Cipriani*, *von Criegern*, *Eschle*, *Funk*, *Moncorvo*, *Viquerat*. XIV. 1. *Fisk*, *Grellety*, *Helms*, *Langenhagen*, *Manicus*, *Spengler*. XV. *Post*, *Rabinowitsch*.

Tyson, James, Founding of a hospital for consumptives. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 646. Aug.

Unterberger, S., Die Tuberkulosefrage zur Zeit d. Congresses in Berlin vom 24.—27. Mai 1899. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 30.

Vidal, De la fréquence des manifestations herpétiques dans la grippe-influenza. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 211. Juillet 25.

Viquerat, Contribution à l'étude de la tuberculose. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 9. p. 580. Sept.

Vitale, Felix, Inoculation through the digestive tract. A contribution to the yellowfever discussion. Med. News LXXV. 13. p. 388. Sept.

Watkins-Pitchford, Wilfred, Preventive measures against plague. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 749.

Wedekind, L. L. von, A type of tropical fever. New York med. Record LVI. 8. p. 253. Aug.

Welch, Francis H., Enteric fever in the army of India. Lancet Sept. 9. p. 739.

Widowitz, J., Ueber die *Koplik*'schen Flecken. Wien. klin. Wchnschr. XII. 37.

Williams, Francis H., Roentgen-ray examinations in incipient pulmonary tuberculosis. Med. News LXXV. 12. p. 353. Sept.

Williams, Francis H., An external application in scarlet fever to shorten the period of desquamation and diminish the danger from it. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 265. Sept.

Wittich, H., Beiträge zur Frage d. Sicherstellung der Typhusdiagnose durch culturellen Nachweis auf Harngelatinenährböden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 13.

Woltemas, Ueber Pocken u. Pockenimpfung. Schmidt's Jahrbb. CCLXIV. p. 185.

Wullenweber, Ernst, Fall von Tetanus traumaticus behandelt mit Autotoxin. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 37. Beil.

Yoanna, A. de, A case of tetanus treated with the antitoxin. New York med. Record LVI. 5. p. 161. July.

S. a. III. *Mikroorganismen*, Buchanan. IV. 3. *Empyem*, *Pleuritis*, *Pneumonie*; 4. Brill, Bull, Josserand, Kirkland, Laignel, Laveran, Mc Weeney, Potain; 5. Cushing, Discussion, Robson; 6. Russell, Faulkner; 8. Potts, Smith; 9. Kraus. V. 1. Franke; 2. a. Milligan; 2. b. Könitzer; 2. c. Audet; 2. d. Garrel. VI. Küstner, Wallgren. VII. Alvord, Burckhard, Discussion, Doktor, Doléris, Ehlers, Grimsdale, Kerr, Lea, Longyear, Maisey, Tuffier, Warden, Whiney. VIII. Basch, Bovaird, Graham, Griffith, Holt, Jacobi, Le Gendre, Marfan. X. Bourgeois, Péchin, Yarr. XI. Theobald. XIII. 2. Boinet, Boyd, Curti, Dematteis, Gastinel, Lomonaco, Moncorvo, Pascolett, Reina, Steggall, Tereni, Wolf. XIV. 1. Ullmann; 4. Balvay. XV. *Vaccination*, Vollmer. XVIII. Lépine. XX. Beck, Ebstein, Töply.

3) *Krankheiten des Respirationsapparates (und des Mediastinum).*

Abrams, Albert, Practical points in the diagnosis of extra-pulmonary coughs. Medicine V. 8. p. 622. Aug.

Bell, W. B., Spasmodic asthma. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 339. Oct.

Bernard, Raymond, Signification favorable de la fibrine dans un épanchement pleural. Gaz. hebd. XLVI. 79.

Bezançon et Clerc, Lymphadénome metatypique du médiastin antérieur. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 641. Juin.

Borelius, J., Fall af lungaktinomykos. Hygiea LXI. 8. s. 253.

Cecil, John C., Treatment of lobar pneumonia. Amer. Pract. and News XXVIII. 4. p. 121. Aug.

Cheesman, William S., and William S. Ely, Case of primary hemorrhagic effusions into the pleura and peritoneum. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 162. Aug.

Combemale, De la fluxion de poitrine. Echo méd. du Nord III. 37.

Discussion on the treatment of pleuretic effusion in childhood. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Ferrari, Enrico, Zur Kenntniss d. Bronchialdrüsenerkrankungen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 36.

Gallavardin, Pleurésie; thrombose cardiaque; embolie de l'artère pulmonaire; gangrène du poumon. Lyon méd. XCI. p. 586. Août.

Goldmann, J. Arnold, Zur medikamentösen Therapie d. Asthma bronchiale. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 43.

Hall, J. N., Bronchial obstruction by suppurating bronchial gland. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 185. Aug.

Hellendall, H., Ein Beitrag zur Diagnostik der Lungengeschwülste. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 435.

Herrmann, Zur Symptomatologie u. klin. Diagnose d. primären Lungenkrebses. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 583.

James, Alex., Note on a case of communicating pleural and peritoneal effusions. Brit. med. Journ. July 29. p. 274.

Jova, Andrew W., Atack in the long for 7 years. New York med. Record LVI. 15. p. 514. Oct.

Kirkpatrick, Clifford, Pneumonia. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 280. June.

Le Boeuf, Pneumonies infantiles récidivantes et migratrices. Presse méd. belge LI. 33.

Leichtenstern, Ueber „infektiöse" Lungenentzündungen u. d. heutigen Stand d. Psittacosis-Frage. Werden durch specif. erkrankte Papageien bösartige Lungenentzündungen b. Menschen hervorgerufen? [Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVIII. 7 u. 8. p. 241.] Bonn. Emil Strauss. 8. 63 S.

Le Sourel, L., Epithéliome mucoïde primitif du poumon. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 589. Juin.

Lévi-Sirugue, Ch., Les pleurésies putrides primitives. Gaz. des Hôp. 93.

Levison, Beitrag zur Casuistik d. Pneumothorax b. Gesunden. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Linser, Paul, Ueber einen Fall von congenitalem Lungenadenom. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 281.

Macalester, Richard K., The hydriatic treatment of pneumonia. Med. News LXXV. 11. p. 332. Sept.

Mandl, Jakob, Ein Fall von croupöser Pneumonie, complicirt mit Hypopyon-Keratitis. Auffinden d. Diplococcus *Fränkel* im Hypopyon. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 41.

Mayer, Alfred, Statistics of 500 cases of lobar pneumonia. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 29.

Mendel, H., Traitement des affections broncho-pulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-trachéales d'huiles essentielles. Presse méd. VII. 67.

Milian, Le toux des pleurétiques. Presse méd. VII. 78.

Morel-Lavallée, A., L'angor pectoris non coronarienne. Revue de Méd. XIX. 10. p. 753.

Nilsson, Lars, Några praktiska rön om de bidragande orsakerna till den krupösa pnevmonien. Eira XXIII. 15. 16.

Noïca, Gangrène curable des poumons de *Lasègue*. Un mode du gangrène du poumon dépendant de la modification des extrémités dilatées des bronches de *Briquet*. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 643. Sept.

Ouwehand, C. D., Een geval van fibroma pleurae. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 347.

Palmieri, Armando, Il soffio tubario ed eco anforica nella polmonite fibrinosa. Gazz. degli Osped. XX. 100.

Pitot, Sarcome primitif du poumon à marche rapide. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 306. Oct.

Reilly, Thomas F., Acute bronchitis. New York med. Record LVI. 7. p. 218. Aug.

Rieder, H., u. Jos. Rosenthal, Momentaufnahmen d. Thorax mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 32.

Riegel, Franz, Zur Behandlung d. asthmat. Anfalles. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Saxer, Fr., Pneumonomycosis aspergillina. Anatom. u. experim. Untersuchungen. Jena 1900. Gustav Fischer. Gr. 8. 169 S. mit 4 Tafeln. 11 Mk.

Scheppegrell, Ueber Bronchitis u. anomale Nasenathmung. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 8. p. 247.

Still, George F., Serous expectoration. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 688.

Sudsuki, Konosuke, Ueber Lungenemphysem. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 438.

Teichmüller, W., Die eosinophile Bronchitis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 444.

Vergely, J., Sur la pleurésie des cancers de la plèvre. Presse méd. VII. 72.

Wachsmuth, G. F., Das Asthma u. d. meteorolog.-atmosphär. Einflüsse auf dasselbe. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 9. p. 269.

Walter, Statist. Beitrag zur Pneumonia crouposa. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 8. p. 161.

Wells, Edward F., Treatment of pneumonia. New York med. Record LVI. 10. p. 358. Sept.

Wild, Oskar, Ein Fall von Pleuritis diaphragmatica. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16.

Wolff, Felix, Demonstration d. Massage b. Behandl. Lungenkranker. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 616.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Ascoli, Daniels, Elmassian, Noïca, Pembrey, Poulain. IV. 1. Buch, Richards; 2. *Lungentuberkulose*, Fiori; 4. Abée; 5. Brill, Griffon; 7. Bannatyne; 12. Steiner. V. 2. c. *Lungenchirurgie.* VI. Willard. VIII. Parkinson. X. Hern. XIII. 2. Penrose, Seifert. XIV. 4. Boghean.

4) *Krankheiten des Cirkulationsapparates.*

Abée, E., Zur Behandlung d. kardialen Asthma. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Audry, Aortite; angine de poitrine; néphrite; oedème suraigu du poumon. Lyon méd. XCI. p. 523. Août.

Bard, Maladie bleue tardive par communication anormale entre les artères et les veines pulmonaires. Lyon méd. XCI. p. 524. Août.

von Basch, Ueber d. Anwendung d. Sphygmomanometers in d. ärztl. Praxis. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 36.

Bernard, Raymond, et Niclot, Rétrécissement pulmonaire avec troubles aortiques complexes. Lyon méd. XCII. p. 93. Sept.

Bernoud et Péhu, Ascite chyliforme au cours d'une symphyse cardiaque avec maladie mitrale d'origine rhumatismale. Lyon méd. XCI. p. 433. Juillet.

Bluckett, Edward Joseph, Pulmonary embolism following abdominal operation; recovery. Lancet July 29.

Boas, I., u. F. Karewski, Die Behandlung der Hämorrhoiden. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 10. p. 438.

Brodier, L., et Durand-Viel, Un signe d'aortite abdominale. Presse méd. VII. 77.

Brill, N. E., A case of ulcerative endocarditis involving the valve of the pulmonary artery. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 63.

Bull, Charles Stedman, Multiple sinus disease following influenza. New York med. Record LVI. 10. p. 336. Sept.

Cabannes, C., De la tuberculose chronique des oreillettes. Revue de Méd. XIX. 10. p. 834.

Capps, Joseph A., Aneurism of the coronary artery. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 312. Sept.

v. Criegern, Ergebnisse d. Untersuchung menschl. Herzen mittels fluorescirenden Schirms. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 298.

Dalla Rosa, C., Contributo alla conoscenza ed alla cura degli aneurismi del capo. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Destot, Détermination du volume du coeur par le stéréoscope. Lyon méd. XCII. p. 167. Oct.

Doll, K., Die Lehre vom doppelten Herzstoss. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40. 41. 42.

Ebstein, Wilhelm, Klin. Beiträge zur Lehre von d. Herzarrhythmie, mit besonderer Rücksicht auf d. Myocarditis fibrosa. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 81.

Edes, Richard E., and Richard M. Pearce, Unusual diastolic murmur, with autopsy. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 7. p. 162. Aug.

Ferranini, Luigi, Ueber dreischlägigen Rhythmus b. Mitralstenose, bedingt durch Hinzutreten eines 2. diastol. Tones an d. zweizipfl. Klappe. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 32.

Géraud, Anévrysme du myocarde, ouvert dans le péricarde. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 592. Juin.

Gobbi, Gugliemo, Del soffio presistolico nella insufficienza aortica; dei caratteri che lo distinguono da quello della stenosi mitralica. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Griffith, J. P. Crozer, A case of transposition of the viscera and of the great vessels with pulmonary stenosis and perforate septum ventriculorum. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 666. Aug.

Hare, H. A., and C. A. Holder, Some facts in regard to aneurism of the aorta. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 399. Oct.

Henry, Frederick P., Extensive defect in the septum atriorum cordis and malposition of the kidneys, without symptoms or signs of heart-disease. Univers. med. Mag. XI. 12. p. 724. Sept.

Hochsinger, Carl, Ueber einen Fall von Cor bovinum ohne Herzgeräusche. Wien. med. Presse XL. 33.

Huchard, H., Etiologie de la cardio-sclérose. Belg. méd. VI. 41. p. 455.

Huchard, H., et H. Milhiet, Absence du pouls; thrombose de l'aorte abdominale et de l'artère sous-clavière gauche; endarteriite oblitérante des sous-clavières, des humérales, des iliaques et d'une portion des

fémorales. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 554. Juin.

Huchard, H., Les myocardites chroniques. Gaz. hebd. XLVI. 60. — Gaz. des Hôp. 88. — Echo méd. du Nord III. 32.

Hussenet, Note sur la rupture spontanée de l'aorte. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 259. Oct.

Jacob, J., Zur neurot. Insufficienz d. Herzmuskels u. zum Wesen d. Insufficienz d. Herzmuskels überhaupt, bez. über Pseudomuskeldegeneration d. Herzens u. Pseudo-Basedow. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 264.

Janeway, Edward G., Certain clinical observations upon heart disease. Med. News LXXV. 9. p. 257. Aug.

Josserand, Etienne, et Bonnet, De la myocardite au cours de l'endocardite infectieuse. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 570. Sept.

Kirkland, R., Infective endocarditis. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 251. Sept.

Knotz, Ignaz, Phlebektasien am Mons pubis u. am linken Beine b. einem männl. jugendl. Individuum. Wien. med. Presse XL. 40.

Koller, Carl, A case of thrombo-phlebitis of the sigmoid sinus and the jugular vein. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 307.

Kraus, Carl, Zur Pathogenese d. paroxysmalen Tachykardie. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 8.

Laignel-Lavastine, Endocardite infectieuse à streptocoques traitée par le sérum de *Marmorek*. Presse méd. XII. 79.

Laveran, Au sujet des relations de l'aortite avec le paludisme. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 111. Juillet 18.

Levy-Dorn, Zur Untersuchung d. Herzens mittels Röntgenstrahlen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 294.

McWeeney, E. J., Another case of infective endocarditis, due to the pneumococcus. Dubl. Journ. CVIII. p. 283. Oct.

Mantoux, Ch., Anomalie de l'orifice aortique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 560. Juin.

Martin, Charles J., and George E. Rennie, Cardiac thrombosis and its causes. Lancet Sept. 16.

Martius, Friedrich, Die Insufficienz d. Herzmuskels. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 41.

Mendelsohn, Martin, Ueber Myokarditis u. ihre Behandlung. [Deutsche Praxis 17.] München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 11 S. 1 Mk.

Michailow, M., Ueber Hypertrophie d. Herzens. (Boln. gas. Botk. 14—16.) Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Milian, G., et Herrenschmidt, Endocardite pariétale rhumatismale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 602. Juin.

Mircouche, Péricardite adhésive tuberculeuse. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 673. Juillet.

Mollard, J., et Cl. Regaud, Notes sur la pathogénie et l'histologie pathologique des myocardites. Lyon méd. XCII. p. 73. Sept.

Müller, Hermann, Zur Lehre von d. angeb. Herzkrankheiten. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 15.

Nattan-Larrier, Rupture d'un anévrysme de la crosse de l'aorte dans la bronche gauche; hémorrhagie en 2 temps. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 670. Juillet.

Nicaise, Victor, Péricardite hémorrhagique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 680. Juillet.

Osborne, O. T., Drugs in cardiac insufficiency. Medicine V. 10. p. 793. Oct.

Ott, Adolf, Die Perkussion d. Herzens. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 34. 35.

Pelon, H., Sur un cas d'anévrisme aortique disséquant. Progrès méd. 3. S. X. 40.

Perrin de la Touche, De la mort suspecte par rupture spontanée de l'aorte. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 3. p. 246. Sept.

Pic, Percussion du coeur par dépression latérale. Lyon méd. XCII. p. 165. Oct.

Pick, Friedel, Ueber perikardit. Pseudolebercirrhose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 568.

Potain, Sur une aortite aiguë transitoire d'origine paludéenne. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 171. Juillet 25.

Potain, A propos d'un cas d'endocardite ulcéreuse. Semaine méd. XIX. 35.

Poynton, F. J., A contribution to the study of cardiac overstrain in the young. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Renaut, J., Les myocardites aiguës. Gaz. hebd. XLVI. 60. — Gaz. des Hôp. 87. — Echo méd. du Nord III. 32.

Sacquépée, E., Anévrysme du tronc basilare chez un syphilitique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 714. Juillet.

Schmidt, Moritz, Frühdiagnose u. Behandl. d. Aortenaneurysmen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 226.

Schott, Th., Ueber Behandl. chron. Herzkrankheiten im jugendl. Alter. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 74.

Schrötter, L. von, Die Erkrankungen d. Gefässe. 1. Hälfte. Die Erkrankungen d. Arterien. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Herm. Nothnagel*. XV. Band, 3. Theil, 1. Hälfte.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. VIII u. 307 S. mit 55 Abbild. 9 Mk. 50 Pf.

Schrötter, L. von, Die Insufficienz d. Herzmuskels. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 23.

Schuster, Herz u. Aorta im Lichte d. Röntgenstrahlen. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 421.

Shaw, L. E., A case of ruptured aortic aneurysma and gumma of the heart at 26 years of age. Lancet Sept. 23. p. 839.

Stadelmann, E., Pharmakotherapeut. Bestrebungen b. Herzkrankheiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 129.

Stevens, A. A., The diagnosis of mitral stenosis. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 7. Oct.

Trénel, Hémiplégie progressive par endartérite à distance. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 752. Juillet.

Wenckebach, K. F., Zur Analyse d. unregelmäss. Pulses. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 475.

Winkler, Ferdinand, Experiment. Studien über d. funktionelle Mitralinsufficienz. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 456. — Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 261.

Zimmermann, C., Disturbances of circulation in the retina from arterio-sclerosis. Arch. of Ophthalmol. XXVIII. 4.

S. a. I. Lindemann. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Ascoli, Borrmann, Durdufi, Gwyn, Silberstein. VI. 1. Buch; 3. Gallavardin; 5. Jaksch; 6. Alessandri; 7. Bannatyne; 8. Boston, Homén, Jones, Lapinsky, Ohlmacher, Voss. V. 1. Bier; 2. a. Eschweiler, Gangolphe, Reuling, Schoengut, Spicer, Whiting, Young; 2. c. *Chirurgie d. Herzens;* 2. d. Longuet; 2. e. Biagi, Bruck, Morestin, O'Connor. VI. Folet. VII. Morestin. VIII. Ramoino. X. Pick. XIII. 2. Beatty, Cyon, Durdufi, Groedel, Robin. XIV. 1. Hensen. XVIII. Petit.

5) *Krankheiten des Digestionsapparates und der Milz.*

Albu, Albert, Die Tetanie Magenkranker. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 254, Innere Med. 76.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 16 S. 75 Pf.

Albu u. Koch, Klinisches u. Anatom. zur Lehre vom Magensaftfluss. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 1.

Audion, P., 2 observations de péritonite aiguë

secondaire, probablement à pneumocoque, terminée rapidement par la mort. Gaz. hebd. XLVI. 66.

Audry, Ch., Ueber eine Veränderung d. Lippen- u. Mundschleimhaut, bestehend in d. Entwicklung atroph. Talgdrüsen. Mit einer Notiz von *Ernst Delbanco*. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 3. p. 101. 104.

Bade, Peter, Eine neue Methode der Röntgenphotographie des Magens. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38.

Bain, Wm., The relative excretion of the nitrogenous waste products in a case of liver abscess. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 334. Oct.

Basch, Seymour, Welche klin. Bedeutung besitzt d. *Schmidt'*sche Gährungsprobe d. Faeces. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 489.

Berend, M., Ein spontan geheilter Fall von Darminvagination. Ungar. med. Presse IV. 26 u. 27.

Berg, Henry W., Study of a case of echinococcus cyst of the liver with discharge of daughter cysts through the common bile duct. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 90.

Bernard, Henry, Un cas de cancer de l'estomac avec abscès préstomacal. Gaz. hebd. XLVI. 64.

Biedert, Ueber diätet. Behandl. d. Verdauungsstörungen der Kinder. [Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 161.] Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 82 S.

Boas, I., Diagnostik u. Therapie der Darmkrankheiten. II. Leipzig. Georg Thieme. Gr. 8. XI S. u. S. 211—607 mit 24 Abbild. 10 Mk.

Böhm, Henry, Ueber d. sogen. Landkartenzunge im Kindesalter. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 249, Innere Med. 75.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 32 S. 75 Pf.

Boix, E., Maladies du foie. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 185. Août.

Borchgrevink, O., De dybtsiddende ätningsstrikturer af ösofagus og deres behandling; retrograd dilatation. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1178.

Brill, N. E., A case of abscess of the liver which ruptured into the lung. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 52.

Brown, W. H., A case of acute paralytic dilatation of the stomach. Lancet Oct. 14. p. 1017.

Brunton, T. Lauder, Jaundice in some of its aspects. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 309. Oct.

Cavazzani, A., Ematemesi essenziale. Settimana med. LIII. 28.

Collier, H. Stansfield, On some details in the treatment of acute intussusception in infants. Lancet Aug. 26.

Cooke, A. B., Constipation considered from the standpoint of the proctologist. Med. News LXXV. 5. p. 129. July.

Cumston, Charles Greene, and Robert W. Hastings, A case of fibrinous peritonitis in a child 2½ years old. Medicine V. 9. p. 728. Sept.

Curtin, R. G., Cardio-esophageal gush and click. Med. News LXXV. 11. p. 330. Sept.

Cushing, Harvey, Observations upon the origin of gall-bladder infections and upon the experimental formation of gall-stones. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 166. Aug.—Sept.

Dapper, Carl, Ueber d. Indikationen d. schwachen Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg) bei Magenkrankheiten. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

De Renzi, E., Sulla colica biliare cistica. Gazz. degli Osped. XX. 112.

Descos, André, et Louis Bériel, Sur un cas de cancer du duodénum à forme périvatérienne, propagé aux voies biliaires et à la tête du pancréas sous ictère progressif. Revue de Méd. XIX. 8. p. 633.

Discussion on psilosis or sprue, its relations (etiological and pathological) to other forms of tropical diarrhoea and its treatment. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Dominici, H., Cancer de la région vatérienne. Presse méd. VII. 59.

Donat, Ueber Enteroptose. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 34. p. 1131.

Dougall, John, An unusual case of ascites. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 350. Oct.

Einhorn, Max, Floating liver and its clinical significance. New York med. Record LVI. 12. p. 397. Sept.

Einhorn, Max, Ein Pulverbläser für den Magen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Einhorn, Max, Further remarks on erosions of the stomach. Journ. of the Amer. med. Assoc. May 20.

Einhorn, Max, The early recognition and management of malignant disease of the digestive system. New York med. Journ. July 29.

von Eiselsberg, Zur Casuistik d. Sanduhrmagens. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 825.

Ewald, C. A., Ueber Appendicitis larvata. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 80. — Verhandl. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 413.

Fischer, Oskar, Ueber einen Fall von primärem Carcinoma myxomatodes des Oesophagus. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 30. 31.

Fletcher, Herbert Morley, Tuberculous cavities in the liver. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 146. Aug.

Fraenkel, Alexander, Ueber die nach Verdauungsgeschwüren in der Speiseröhre entstehenden narbigen Verengerungen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 42.

Freudenthal, G., Ueber eine anfallsweise auftretende Schwellung der Parotis u. ihr Fortbleiben während der Schwangerschaft. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40.

Fürbringer, P., Zur Technik d. Magenaufblähung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40.

Gabel, W., Bauchfelltuberkulose unter dem Bilde von Perforationsperitonitis. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 39.

Gandy et Bufnoir, Perforation diastatique du côlon ascendant. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 530. Juin.

Gans, Edgar, Ueber d. Zusammenhang zwischen Darmfäulnissvorgängen u. d. in d. Darm gebrachten Bakterien. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 449.

Gayet, Actinomycose appendiculo-caecale. Lyon méd. XCI. p. 523. Août.

Gazzotti, Arturo, Sulle difficoltà diagnostiche di alcune affezioni epatiche, specialemente nel loro periodo iniziale. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Gillespie, A. Lockhart, A manual of modern gastric methods, chemical, physical and therapeutical. With a chapter on the mechanical method used in young children; by *John Thompson*. Edinburgh. Oliver and Boyd. 8. XIII and 175 pp. with figg.

Greenough, Robert B., and Elliott P. Joslin, Gastric ulcer at the Massachusetts general hospital 1888—1898. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 167. Aug.

Griffith, J. P. Crozer, Congenital idiopathic dilatation of the colon. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 283. Sept.

Griffon, V., Ulcérations hémorrhagiques de l'estomac et double ulcération térébrante du duodénum au cours d'une pneumonie suppurée. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 641. Juin.

Grimm, Andrew von, Gastric diseases in childhood. Post-Graduate XIV. 9. p. 700. Sept.

Grön, Fredrik, Coma ved cancer ventriculi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1168.

Guillemot, L'estomac biloculaire. Gaz. hebd. XLVI. 75.

Guye, A. A. G., Over catheteriseeren van den ductus Whartonianus. Nederl. Weekbl. II. 10.

Hayem, Georges, Troubles nerveuses secondaires portant sur les fonctions de la nutrition. Presse méd. VII. 68.

Hoke, Edmund, Ein Fall von Lebercirrhose mit schwerer Anämie. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 35. 36.

Jaksch, R. von, Casuist. Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe d. chron. interstitiellen Leberentzündung vorkommenden Gefässgeräusche. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 42.

Joy, H. M., A case of appendicitis with an unusual course. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 357. Aug.

Holsti, Lefverlidande. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 992.

Hunner, Guy L., A case of acute suppurative cholecystitis with isolation of the bacillus typhosus 18 years after an attack of typhoid fever. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 163. Aug.—Sept.

Hunter, G. H., 4 cases in which the symptoms and signs suggested volvulus of the transverse colon, treated by rotating the body round the long axis while in the horizontal position. Lancet Aug. 19.

Hupp, Frank Le Moyne, The present status of appendicitis. New York med. Record LVI. 13. p. 436. Sept.

Jacobi, A., The desinfection of the alimentary canal. [Med. Soc. of the state of New York Febr. 1.] 8. 19 pp.

Jennings, C. G., Therapeutics of summer diarrhoea. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 589. Sept.

Iterson, I. Azn., J. E. van, Over appendicitis. Nederl. Weekbl. II. 13.

Jürgensen, Chr., Hvorledes udföres Maveudskylning paa rette Maade? Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38.

Kerckhoff, J. H. P. van, Een geval van multiple leverabscessen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 352.

Kirch, R., Ein Fall von akuter Magendilatation mit tödtl. Ausgang. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33.

von Klein, Pankreascyste. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 341.

Köllner, K., Cirrhosis hepatis u. Carcinoma ventriculi. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Koeppelin, Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage; gangrène pulmonaire; mort. Lyon méd. XCII. p. 91. Sept.

Körte, Pankreaseiterung u. Nekrose in Folge von Cholecystitis purulenta. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42. Beil.

Krokiewicz, Anton, Multiples Adenocarcinom des Magens im Verlaufe von progressiver perniciöser Anämie. Wien. klin. Wchnschr. XII. 37.

Lamberg, Max, Beitrag zur Diagnose u. Pathologie d. Gallenblasencarcinoms u. d. Rückenmarksläsionen. Wien. med. Presse XL. 42.

Lefas, E., Cirrhose hypertrophique sans ictère d'origine biliaire; rétention biliaire en foyers limités. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 552. Juin.

Lefas et Audard, Transformation kystique de l'appendice. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 644. Juin.

Lereboullet, P., Epithélioma de l'oesophage propagé au foie et aux ganglions. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 546. Juin.

Letulle, Maurice, Kyste chyleux du mésentère. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 521. Juin.

Letulle, Maurice, Lésions de l'épiploon dans l'appendicite chronique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 738. Juillet.

Ljunggren, C. J., Om Inflammation of *Meckel's* Divertikel. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37. S. 896.

Lohéac, La tuberculose du pancréas. Gaz. hebd. XLVI. 69.

McCullagh, Arnold Rochfort, Case of perforated gastric ulcer. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 851.

Malbot, H., Les abcès du foie en Algérie. Arch. gén. N. S. II. 3. 4. p. 302. 425. Sept., Oct.

Martin, C. S., Case of obstruction and perforation of the bowel from a gall-stone. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 665. Aug.

Mayer, Jacques, Beitrag zur Pathologie d. Gallensteinkrankheit. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 509.

Mayet, Lucien, Estomac biloculaire. Lyon méd. XCII. p. 109. Sept.

Meier, G. C. H., The use of adstringents in intestinal catarrh. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 12. p. 286. Sept.

Mesnil, Cancer de l'estomac à forme ulcéreuse. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 760. Juillet.

Milian, G., Purpura iodique de la muqueuse buccale. Presse méd. VII. 78.

Milian, G., et du Pasquier, Foie ficelé non syphilitique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 605. Juin.

Minervini, Raffaele, Cisti siero-ematica della milza. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Monari, Alfredo, Brevi considerazioni cliniche sopra un caso di echinococco suppurato del fegato. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Moncorvo, Sur un cas d'abcès du foie chez un enfant de 2 ans. Bull. de l'Acad. 3. S. XLIII. 31. p. 238. Sept. 19.

Mondy, S. L. Craigie, Note on a case of perforated gastric ulcer in a man. Lancet Aug. 19. p. 489.

Morse, John Lovett, The treatment of the acute diarrhoeas of infancy. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 5. p. 101. Aug.

Munro, John C., Intussusception. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 253. Sept.

Musser, John H., Cancer of the common bile duct. Univers. med. Mag. XI. 12. p. 720. Sept.

Neumann, H., Bemerkungen über d. gewöhnliche Gelbsucht u. ihr Vorkommen in Berlin. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Neurath, Rudolf, Die angeb. hypertrophische Pylorusstenose. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 19.

Nicholls, F. L., Suprahepatic abscess. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 752.

Pestemazoglu, C., Lithiase appendiculaire chronique. Presse méd. VII. 69.

Petruschky, J., Zur Diagnose u. Therapie d. primären Ulcus ventriculi tuberculosum. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 366.

Pirone, Raffaele, Ueber Lebercirrhose. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 37.

Plicque, A. F., La colite mucomembraneuse et son traitement. Presse méd. VII. 77.

Posselt, Adolf, Zur Pathologie d. Echinococcus alveolaris (multilocularis) d. Leber. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 457.

Potier, Epithéliome primitive du foie et thyroïdite chronique avec adénome thyroidien. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 711. Juillet.

Přibram, Alfred, Ueber Steatorrhöe. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 36. 37.

Ramoino, G. B., Rapporto morboso fra milza e fegato. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Ribierre, Paul, Cirrhose du foie, avec ictère, à type histologique monocellulaire, chez un tuberculeux. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 525. Juin.

Richter, August, Pylorusstenose mit eingekeilten oder eingenarbten Kirschen- u. Mispelsteinen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 633.

Riegel, Franz, Ueber medikamentöse Beeinflussung der Magensäuresekretion. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 381. — Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 325.

Riese, H., Ueber Pyelitis b. Appendicitis chronica. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 88.

Rischawy, Benjamin, Der Mechanismus der Erstickung b. Schlucken grosser Bissen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 35.

Roberts, H. H., The stomach-tube. Amer. Pract. and News XXVIII. 2. p. 61. July.

Robson, A. W. Mayo, The relation of typhoid fever to diseases of the gall bladder, with a reference to the bacterial origin of gall stones. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 218. Sept.

Romme, R., Entérites et. infections intestinales. Gaz. hebd. XLVI. 73.

Rosenbach, O., Ueber Dyspepsie b. motor. Insufficienz d. Harnapparates (urokinet. Dyspepsie). Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33. 34. 35.

Rosenfeld, G., Zur Magen- u. Leberdiagnostik. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 350.

Rosenheim, Th., Ueber stenosirende Pylorushypertrophie bei einem Kinde. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 32.

Rotch, T. M., Perforation of the stomach in an infant 7 weeks old. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 442. Oct.

Sandberg, Otto, Om idiopatisk spulformig utvidgning af matstrupen. Hygiea LXI. 9. s. 315.

Sansoni, Luigi, Sulla gastrite ulcerosa cronica anacloridrica. Rif. med. XV. 219—222.

Schmidt, Adolf, Fortgesetzte Mittheilungen über Funktionsprüfung des Darmes. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 438.

Schütz, R., Zur Differentialdiagnose d. Ulcus ventriculi. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 417.

Scott, J. A., A case of acute gangrenous pancreatitis with fat necrosis. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 414. Oct.

Siegel, Ernst, Ueber d. primäre Sarkom d. Dünndarms. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35.

Sigaud, Etude clinique et pathogénique sur les variations de forme et de volume de l'abdomen. Revue de Méd. XIX. 9. p. 734.

Simbriger, Friedr., Ein Fall von Magentetanie. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 38. 40.

Soborow, J., Das Verhalten eines gesunden Magenabschnittes b. Erkrankung d. übrigen Theils des Magens. Boln. gas. Botk. 23. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Speidel, Edward, 132 gall-stones, removed without operation. Amer. Pract. and News XXXVIII. 1. p. 7. July.

Stern, R., Ueber traumat. Erkrankungen d. Magenschleimhaut. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38.

Stiller, B., Die Lehre von d. Enteroptose u. nervösen Dyspepsie auf Grund d. Costalstigmas. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 34. 35. 36.

Strauss, H., Ueber Eiter im Magen. Nebst Bemerkungen über d. Bedeutung d. Befundes von Eiter u. Blut im Magen, sowie gewisser wenig beachteter Krebsmetastasen für die Diagnose des Magencarcinoms. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40.

Teissier, J., Sur l'albuminurie hépatogène. Semaine méd. XIX. 36.

Tomaselli, Ascesso del fegato apertosi per la via intestinale. Rif. med. XV. 200.

Towne, H. R. Forster, A case of acute appendicitis with unusual complications. Lancet Aug. 26. p. 565.

Tricomi, E., Adeno-carcinoma peduncolato della grande curvature dello stomaco. Rif. med. XV. 235. 236.

Troller, J., Ueber Methoden zur Gewinnung des Magensekrets. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 183.

Vetlesen, Infarkter i milten. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 84.

Vouzelle, Louis, Etude étiologique et clinique de la colite muco-membraneuse. Gaz. hebd. XLVI. 65. — Gaz. hebd. XLVI. 69.

Watkins, I. L., Some of the commoner reflex symptoms from disease of the rectum. Medicine V. 9. p. 737. Sept.

Weber, F. Parkes, Diffuse syphilitic change in the liver. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 151. Aug.

Weiss, Siegfr., Intussusceptio intestini. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 19. 20.

Winckler, Ferd., u. Conrad Stein, Die Verwendung d. Jodipins zur Funktionsbestimmung d. Magens. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 33.

Winiwarter, Felix von, Ueber Perforationsperitonitis, von d. Gallenwegen ausgehend. Wien. klin. Wchnschr. XII. 42.

Winternitz, Ludwig, Entfernung eines oberhalb d. Kardia feststeckenden Reineclaudenkerns durch Einführung d. weichen (*Oser*'schen) Magenschlauches u. Wasserirrigation. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31.

Wood, R. Lucius, Syphilis of the stomach. Lancet Sept. 23. p. 857.

Zoja, Luigi, Su alcuni criteri clinici per la diagnosi di tumore della testa del pancreas. Policlin. VI. 15. p. 354.

S. a. I. Baer, Charles, Jacoby. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Ascoli, Buchanan, Campbell, Deguy, Escherich, Grawitz, Kober, Krogius, Lépine, Mc Weeney, Marfan, Pförringer, Silberstein, Steiner, Stuparich, Thorel, Tricomi. IV. 2. Da Costa, Deguy, Escherich, Holsti, Hoppe, Jackson, Maurange, Mazzotti, Plicque; 3. James; 4. Boas, Pick; 7. Bannatyne; 8. Basch, Wiersma; 9. Albu, Schwarz, Sippy, Wille; 10. Dunning, Lissauer, Robin; 11. Daligliesh, Muscatello, Ritter; 12. Abée, Kompanzew, Mac Rae, Steiner, Wiesmer. V. 2. a. Eitel; 2. c. *Chirurgie d. Baucheingeweide.* VI. Fürst, Martin. VII. Brocchi, Dirmoser, Drejer, Kuehne. VIII. Ausset, Bovaird, Callomon, Graham, Griffith, Gutmann, Holt, Jacobi, Little, Marfan, Netter, Pfaundler. XIII. 2. Cipriani, Ewald, Gastinel, Gintl, Moyer, Nencki, Oppenheim, Rosenbach, Wallace; 3. Deléarde, Hall. XVI. Stern. XVIII. Bärner.

6) *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren und der männlichen Genitalien, ausschliesslich der Syphilis.*

Alessandri, Roberto, Sur la structure et la fonction du rein à la suite de l'occlusion de l'artère et de la veine émulgentes. Revue de Chir. XIX. 8. p. 150.

Busse, Otto, Ueber Bau, Entwicklung u. Eintheilung d. Nierengeschwülste. Virchow's Arch. CLVII. 2. 3. p. 346. 377.

Cabot, Richard C., and Franklin W. White, Preliminary note on the prognosis of nephritis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 6. p. 134. Aug.

Christomanos, Anton A., Ueber die Zahl der rothen Blutkörperchen in 2 Fällen von Nebennierenerkrankung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42.

Coleman, J. B., Diseases of the suprarenal capsules. Dubl. Journ. CVIII. p. 219. Sept.

Damen, H. J., Venaesectie bij uraemie. Nederl. Weekbl. II. 15.

Elgood, Charles R., Unusual dyspnoea in the uraemic state. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 851.

Frank, Jacob, A case of primary renal tuberculosis of 20 years standing. New York med. Record LVI. 11. p. 373. Sept.

Halstead, A. E., Movable kidney. Medicine V. 9. p. 712. Sept.

Koranyi, A. von, Beiträge zur Theorie u. zur Therapie d. Niereninsufficienz, unter besond. Berücksicht. d. Wirkung d. Curare b. derselben. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 36.

Kühnau, W., Ueber leukäm. Nierenveränderungen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 188. 615.

Lindemann, Ludwig, Die Concentration des Harnes u. Blutes b. Nierenkrankheiten, mit einem Beitrag zur Lehre von d. Urämie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 1.

Mills, Walter Sands, Bright's disease or nephritis. New York med. Record LVI. 9. p. 291. Aug.

Newman, David, Haematuria, an early symptom in tuberculosis of the kidney, and renal phthisis ab haemoptoë. Lancet Aug. 26.

Noorden, Carl von, Zur Behandlung d. chron. Nierenkrankheiten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 388.

O'Donovan, Charles, The occurrence of *Cheyne-Stokes* respiration during sleep a diagnostic symptom in the early stages of interstitial nephritis. Med. News LXXV. 12. p. 366. Sept.

Parker, G., A case of cystic degeneration of the kidneys with general dermatitis exfoliativa. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 272. Sept.

Pel, P. K., Die Erblichkeit der chron. Nephritis. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 127.

Richter, Paul Friedrich, u. Wilhelm Róth, Experim. Beiträge zur Frage d. Niereninsufficienz. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Romme, R., Les liquides abondants et les viandes blanches dans le régime de la néphrite interstitielle. Presse méd. VII. 81.

Róna, S., Beiträge zur Frage d. syphilit. u. tuberkulösen Degeneration der Nebennieren. Ungar. med. Presse IV. 32 u. 33.

Russell, W. B., 2 cases of acute nephritis due to influenza. Brit. med. Journ. July 29. p. 274.

Schupfer, Ferruccio, L'azione dei reni nell' emoglobinuria. Policlin. VI. 17. p. 401.

Stengel, Alfred, The medical treatment of movable kidney. Univers. med. Mag. XI. 12. p. 728. Sept.

Tarchetti, C., Sopra un caso di degenerazione amiloide circoscritta del rene. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Thoret, Chr., Einige Bemerkungen zu *Ribbert* „Beiträge zur Kenntniss d. Niereninfarkte". Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 189.

Treyer, A., Carcinome du rein à métastases ganglionnaires multiples. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 20.

Walker, J. B., Climate and renal diseases. Med. News LXXV. 12. p. 358. Sept.

Wlaeff, Un cas de pyélite avec kyste hydatique du rein. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 751. Juillet.

S. a. I. *Harnuntersuchung.* II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Distefano, Engelken, Steiner, Venanzi. IV. 2. Larned; 4. Audry, Henry; 5. Riese, Rosenbach, Teissier; 9. Ascoli, Herzog. V. 2. d. *Chirurgie d. Harn- u. Geschlechtsorgane.* VII. Jarrett. X. West. XIII. 2. Galeazzi, Hare, Hermann, Mesnard.

7) *Krankheiten der Bewegungsorgane.*

Bannatyne, Rheumatoid arthritis, followed by colitis, pericarditis, pleurisy, bronchopneumonia; death. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1009.

Bayliss, R. A., Acute rheumatoid arthritis. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 160. Aug.

Bregmann, L. E., Zur chron. ankylosirenden Entzündung d. Wirbelsäule. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 250.

Dauchez et Marfan, Rhumatisme articulaire aigu; enfants de 5 à 10 ans. Gaz. des Hôp. 95.

Gauthier, G., Nouvelle interprétation pathogénique des amyotrophies arthropathiques. Lyon méd. XCI. p. 539. Août.

Kirchgaesser, Gisbert, Ueber chron. ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41. 42.

Léri, André, La spondylose rhizomélique. Revue de Méd. XIX. 8. 9. 10. p. 597. 691. 801.

Liotta, Pietro, Poliartrite acuta. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Müller, Carl, Ueber d. Auftreten anscheinend rheumat. Gelenkerkrankungen nach einem Trauma. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 8. p. 249.

Müller, L. R., Beitrag zur Lehre von d. ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Pic, Rhumatisme général; microbe d'*Achalme* et *Thiroloix* dans le sang. Lyon méd. XCII. p. 168. Oct.

Steiner, Max, Ein Fall von Arthritis rheumatica d. Wirbelsäule. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 36.

Valentini, Beitrag zur chron. ankylosirenden Entzündung d. Wirbelsäule u. d. Hüftgelenks. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 239.

Weizs, Eduard, Gebührt d. Arthritis deformans eine klin. Sonderstellung? Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 579.

Weicz, Eduard, Zur Behandlung der subakuten Gelenkrheumatismus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. Beil.

S. a. II. Braus, Enderlein. III. Densusiana, Savtschenko, Walbaum. IV. 4. Bernoud, Milian; 8. Chametina, Levaditi, Oppenheim, Petersson, Petřina, Pipping, Placzek, Sainton, Scherb; 9. Billings; 11. Eichhorst. V. 2. e. Duplay, Féré, Forssel, Keiler, Nichols, Tubby. IX. Jastrowitz. XIII. 2. Hirschkron.

8) *Krankheiten des Nervensystems.*

Adelung, Edward von, A case of traumatic neurosis with hemorrhages from the pharynx. New York med. Record LVI. 6. p. 191. Aug.

Aldrich, C. J., Epiphora in tabes. New York med. Record LVI. 11. p. 393. Sept.

Allan, C. M., A suggestion as to the treatment of Graves's disease by the administration of bile by the mouth, hypodermically and intrathyroideal. Lancet Aug. 26.

Allen, Charles Lewis, Edema of the paralyzed limbs in hemiplegia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 471. Aug.

Auerbach, Siegmund, Ueber gehäuftes Auftreten u. über d. Aetiologie d. Poliomyelitis anterior acuta infantum. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 41.

Ausset, F., Les convulsions chez les enfants. Echo méd. du Nord III. 34.

Baccarani, Umberto, Sulla geofagia. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Bach, L., Erwiderung auf d. Bemerkungen zu *L. Bach's* Arbeit „zur Lehre von d. Augenmuskellähmungen" d. Herrn *St. Bernheimer*. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 233. Vgl. XLVIII. 2. p. 463.

Baier, Florence J., Uric acid in the etiology of angioneurotic oedema. New York med. Record LVI. 11. p. 393. Sept.

Baruch, Herman B., Angioneurotic oedema. New York med. Record LVI. 8. p. 257. Aug.

Basch, Seymour, A contribution to the study of the gastric crises of tabes. New York med. Record LVI. 16. p. 541. Oct.

Bassompierre et G. Schneider, Hystérotraumatisme consécutif à une chute de cheval; mutisme, astasie-abasie à forme paralytique. Revue de Méd. XIX. 10. p. 842.

Batigne, Note sur un cas de plaie de la région parotidienne avec troubles dans le territoire de la branche externe du spinal. Revue neurol. VII. 19. p. 678.

Baumgarten, Egmont, Die hyster. Aphonien u. ihre neueren Behandlungsweisen. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 42.

Bechterew, W. von, Ueber Affektionen d. Cauda equina. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 222.

Belfàdel, Arturo Aly, A proposito della ginnastica nel trattamento della tabe dorsale. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Bernard, R., Arrêt de développement de l'humérus gauche dans un cas d'hémiplégie cérébrale infantile. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 111. Août.

Bernhardt, M., Weiterer Beitrag zur Lehre von d. sogen. angeb. u. d. in früher Kindheit erworbenen Facialislähmungen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Bernhardt, M., Idiopath. Tetanie. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 42.

Bikeles, G., Eine ungewöhnl. Form von Schussverletzung d. Gehirns u. d. dabei constatirte Hinterstrangdegeneration. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 19.

Bischoff, Ernst, Ueber d. motor. Leitungsbahnen u. d. Entstehungsweise epilept. Anfälle. Wien. klin. Wchnschr. XII. 39.

Boinet, E., Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès. Revue neurol. VII. 15. p. 564.

Bormans, Alfonso, Sopra 2 casi di meningite otitica con esito di guarigione. Gazz. degli Osped. XX. 91.

Borst, J., Een geval van somnambulisme. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. bls. 492.

Bosc et Vedel, De l'apoplexie progressive, de sa valeur en tant que syndrome anatomo-clinique spécial. Ann. de Neurol. 2. S. VIII. p. 199. Sept.

Boston, L. Napoleon, Cerebro-spinal meningitis with ulcerative endocarditis and abscess of the myocardium, due to the diplococcus intracellularis of *Weichselbaum*. New York med. Record LVI. 10. p. 339. Sept.

Bourneville, Idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse ou hypertrophique. Progrès méd. 3. S. X. 41.

Brassert, H., Ueber Erröthungsangst. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 19.

Briscoe, J. F., The asphyxial problem in convulsive seizures. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Brower, Daniel R., A newer pathology of epilepsy. Medicine V. 9. p. 734. Sept.

Brown, Sanger, Report of a case of trigeminal paralysis; and ocular condition by *Henry Gradle*. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 554. Sept.

Browning, William, Isolated finger paralysis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 527. Sept.

Brunet, Laurent, Etat mental des acromégaliques. Thèse. Paris. Georges Carré et C. Naud. 8. 89 pp. 1 Mk. 60 Pf.

Brush, Arthur Conklin, A case of tumor of the brain with unusual symptoms. New York med. Record LVI. 6. p. 204. Aug.

Buchholz, Ueber einen Fall syphilit. Erkrankung d. Centralnervensystems. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 470.

Bull, George J., The stereoscope as a teste for inefficiency of the ocular muscles. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Bundy, Elizabeth R., A case of tetany. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 507. Aug.

Burger, H., Recurrensverlaming en recurrensdoorsnijding. Nederl. Weekbl. II. 15.

Burr, Charles W., A case of hysterical tremor. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 507. Aug.

Cappelen, A., Seneoverförelse og seneplastik ved radialisparalyse. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. S. 1043.

Carrière, G., Traitement de l'épilepsie essentielle. Echo méd. du Nord III. 38. 41.

Carrière, G., et Huyghes, L'hémichorée arythmique hystérique. Presse méd. VII. 79.

Carter, Godfrey, The etiology of Graves's disease. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 343. Oct.

Cautley, Edmund, Convulsions in infancy. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Cestan, R., Des liens cliniques qui rattachent le syndrome de Little aux diplégies cérébrales infantiles. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 442. Oct.

Chametina, M., Ein Fall von progress. Muskelatrophie. (Boln. gas. Botk. 20—22.) Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Christian, R. B., Report of a case of cerebral meningitis, manifesting extraordinary high temperature. New York med. Record LVI. 10. p. 337. Sept.

Christiansen, Viggo, Et atypisk Tilfälde af Tabes dorsalis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 40.

Cipollina, Angelo, e Dario Maragliano, Del valore diagnostico del segno de *Kernig*. Gazz. degli Osped. XX. 97.

Coester, Ein Beitrag zu der Entstehung der Erkrankungen des Centralnervensystems in specie der multiplen Sklerose durch Trauma. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Courmont, Troubles trophiques chez une malade atteinte de goître exophthalmique. Lyon méd. XCII. p. 93. Sept.

Craik, Robert, Right-sided paralysis of gradual onset during pregnancy. Lancet Sept. 30. p. 888.

Cree, James Arthur, Etude des arthropathies tabétiques et de l'influence des nerfs trophiques sur la nutrition. Thèse de Paris. Paris. Vigot frères. 8. 102 pp. 1 Mk. 80 Pf.

Czyhlarz, Ernst von, Ein Fall von Cysticercus im 4. Gehirnventrikel. Wien. klin. Rundschau XIII. 38.

Daddi, G., e R. Silvestrini, Un caso mortale di corea del Sydenham, con ricerche bacterioscopiche ed istologiche. Settimana med. LIII. 29.

Dalén, A., Neuritis optica u. Myelitis acuta. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 672.

Dauchez, H., Méningitisme et méningite abortive, diagnostic différential. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 357. Août.

De Buck, D., Notes sur un cas de spasme rythmique. Belg. méd. VI. 33. 34. p. 193. 225.

De Buck, Les parakinésies. Belg. méd. VI. 40. 41. p. 417. 449.

De Buck, D., et L. De Moor, Un cas de sclérose combinée de la moelle type ataxo-spasmodique. Belg. méd. VI. 32. p. 161.

Dench, Edward Bradford, The diagnosis and treatment of epidural abscess. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Dercum, F. X., Tumor of the oblongata presenting ataxia and astereognosis as the most prominent early symptoms. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 477. Aug.

De Renzi, E., Emiplegia cerebrale con contrattura. — Paralisi periferica del facciale. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Dieckhoff, Die Neurasthenia sexualis. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 20. p. 681.

Discussion on the mental conditions involved in posthypnotic appreciation of time. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Donath, Julius, Beiträge zur Pathologie u. Therapie d. Basedow'schen Krankheit. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. Z—3. p. 169.

Drew, C. A., Reflex irritation with special reference to eye strain. New York med. Record LVI. 11. p. 361. Sept.

Durante, G., Hydrocéphalie externe; survie pendant 20 jours, malgré une destruction presque totale du cerveau. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 731. Juillet.

Edgeworth, F. H., A case of locomotor ataxy and hemiplegia. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 853.

Eulenburg, A., Zur Therapie d. Ischias. Therapie d. Gegenw. N. F. I. 10. p. 433.

Faulkner, Alex. S., Malarial or climatic neuralgia and its treatment. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Faure, Maurice, Une observation de maladie de Basedow mortelle avec coexistence de myxoedème. Presse méd. VII. 76.

Finkelnburg, Ueber Peroneuslähmung b. Tabes. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 286.

Fisher, E. D., Case of multiple tumors of the brain. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 444.

Fisher, E. D., Sensory disturbances in epilepsy and hysteria. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 446. July.

Flatau, Georg, Ueber einige neuere Ergebnisse d. Hysterieforschung. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 66. 67.

Folet, Arthropathie syringomyélique. Echo méd. du Nord III. 40.

Fraenkel, Joseph, Contribution to the symptomatology of intracranial disease. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 427. July.

Fränkel, Joseph, u. B. Onuf (Onufrowicz), Corticale u. subcorticale motor. Aphasie u. deren Verhältniss zur Dysarthrie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 312.

Frétin, Traitement mécanique de la névralgie sciatique. Bull. de Thér. CXXXVIII. 8. p. 273. Août 30.

Freud, Sigm., Ueber Deckerinnerungen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 3. p. 215.

Freund, Heinrich, 2 seltene Fälle von Tetanie. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 39.

Fromaget, C., Larmoiement paroxystique hystérique. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 61. Juillet.

Fry, Frank R., Interesting hysterical phenomena; a transfer of tactile to visual sensations. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 495. Aug.

Gagnoni, Enrico, Edema isterico alternante con accessi convulsivi isterici. Policlin. VI. 19. p. 458.

Germani, Aurelio, Contributo clinico allo studio del morbo di Parkinson. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Goldscheider, Fall von geheilter Compressionsmyelitis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 34. Beil.

Gossage, A. M., and J. A. Coutts, The etiology of convulsions in infancy. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Gratschoff, L., Ett fall af hemiatrophia facialis progressiva. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. s. 901.

Green, James, Convulsions in infancy. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Grillot, Surdité verbale post-traumatique; aphasie partielle; attaques d'épilepsie subintrantes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 758. Juillet.

Grohmann, A., Entwurf zu einer genossenschaftl. Musteranstalt f. Unterbringung u. Beschäftigung von Nervenkranken. Commentar zur Broschüre „über die Behandl. von Nervenkranken u. d. Errichtung von Nervenheilstätten" von *P. J. Möbius*. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 59 S.

Grósz, Julius, Beitrag zur Pathologie u. Therapie d. erworbenen Hydrocephalus. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 285.

Günzburg, J. J., Zur Casuistik d. Ptosis congenita. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Günzburg, J. J., Zur Symptomatologie u. Diagnostik d. Verletzungen d. Sehnerven. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Guibal, Paul, Sur un cas de méningite cérébrospinale à streptocoques et à staphylocoques chez un sujet atteint de mal de Pott fistuleux. Presse méd. VIII. 74.

Guttmann, Alfred, Tabes dorsalis u. Syphilis. Inaug.-Diss. Berlin 1898. Druck v. L. Schumacher. Gr. 8. 33 S.

Halban, H. von, Zur Kenntniss der infantilen Pseudobulbärparalyse. Wien. klin. Wchnschr. XII. 40.

Haskovec, Lad., Un cas de paralysie faciale d'origine périphérique combinée avec une paralysie du nerf oculo-moteur externe du même côté. Revue neurol. VII. 19. p. 682.

Hawthorne, C. O., On the state of the knee-jerk in cases of cerebellar tumour. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 161. Sept.

Haynes, W. H., Ein Apparat zur Messung des Patellarsehnenreflexes. Aerztl. Polytechn. 9.

Henneberg, R., Beitrag zur Kenntniss d. combinirten Strangdegenerationen, sowie d. Höhlenbildungen im Rückenmark. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 550.

Herdtmann, Ein Fall von combinirter Schulterarmlähmung (Erb'scher Lähmung). Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 8. p. 254.

Heubner, In Abheilung begriffene Polyneuritis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31. p. 692.

Higier, H., Ueber einen eigenart. im posthypnot. Stadium zu beobachtenden Dämmerzustand. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 18.

Hinsdale, Guy, Purulent encephalitis and cerebral abscess in the new-born due to infection through the umbilicus. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 280. Sept.

Hirschlaff, L., Krit. Bemerkungen über d. gegenwärt. Stand d. Lehre vom Hypnotismus. Nebst Bemerkungen von *O. Vogt*. Ztschr. f. Hypnot. IX. 4. p. 202. 229.

Hoffmann, Aug., Ueber Nothwendigkeit u. Einrichtung von Volksheilstätten f. Nervenkranke. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 4. p. 577.

Holsti, Venstersidig hemiplegi och diabetes mellitus. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 1002.

Homén, E. A., Encephalomalaci i samband med en tromb i venstra carotis interna. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. s. 912.

Horvath, Kornelius, Ueber Parästhesie des Nervus cut. fem. lat. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 40.

Huismans, L., Meningitis basilaris traumatica. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 34.

Jaboulay, Le traitement de quelques troubles trophiques du pied et de la jambe. Lyon méd. XCI. p. 467. Août.

Jelgersma, G., Over de differentieele diagnose tusschen hysterie en epilepsie. Nederl. Weekbl. II. 5.

Jones, Hugh R., Convulsions in infancy; public health aspect. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Jones, R. Llewellyn, and T. Aldous Clinch, Epilepsy of cardio-vascular origin. Lancet Sept. 16.

Ito, H., Experiment. Beiträge zur Aetiologie u. Therapie d. Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 417.

Kaposi, M., Hyperidrosis spinalis superior. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 321.

Klippel, M., et P. Fernique, Sur quelques particularités des dégénérescences spinales descendantes. Gaz. hebd. XLVI. 82.

Köhl, Pachymeningitis haemorrhagica interna traumatica. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 20.

Königshöfer, Die retrobulbäre Neuritis u. die Neuritis des Fasciculus maculo-papillaris. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 28.

Köster, Georg, Ueber d. Maladie d. Tics impulsifs (mimische Krampfneurose). Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 147.

Kolle, Frederick Strange, An interesting case of hydrocephalus with pseudo-spastic spinal paralysis. New York med. Record LVI. 16. p. 552. Oct.

Kraus, Hugo, Ein Fall von postdiphther. Lähmung mit eigenartigen Oedemen. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 258.

Labbé, Léon, Porencéphalie acquise traumatique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 607. Juin.

Landouzy, et Marcel Labbé, Les porencéphalies traumatiques. Presse méd. VII. 66.

Lannois, Tumeur du lobe frontal. Lyon méd. XCI. p. 575. Août.

Lannois, et J. Pariot, Sclérose en plaques médullaire, consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule. Revue de Méd. XIX. 8. p. 625.

Lapersonne, F. de, Des névrites optiques liées aux sinusites sphénoïdales et aux maladies de l'arrière-cavité des fosses nasales. Echo méd. du Nord III. 38.

Lapinsky, Michael, 2 weitere Fälle von sogen. troph. Gefässerkrankung im Laufe d. Neuritis. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 223.

Lehr, Georg, Beiträge zur Kenntniss d. otit. Erkrankungen d. Hirns, d. Hirnhäute u. d. Blutleiter. Zeitschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 12.

Lereboullet, L'acroparesthésie. Gaz. hebd. XLVI. 76.

Levaditi, C., Un cas de tubercule de la protubérance. Revue neurol. VII. 16. p. 586.

Levaditi, C., Contribution à l'étude des atrophies musculaires expérimentales. Presse méd. VII. 81.

Lloyd, James Hendrie, A case of unilateral ophthalmoplegia. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 1. Oct.

Lucae, A., 5 Wochen anhaltender profuser Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis ohne Hirnerscheinungen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40.

Lüth, Die Spätepilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 4. p. 512.

Mc Caskey, G. W., The toxic origin of certain neuroses and psychoses. New York med. Record LVI. 14. p. 476. Sept.

Mac Cormac, John Mc Gee, A case of narcolepsy. Lancet Aug. 29. p. 565.

Macgregor, G. Scott, Cases illustratives of syphilitic meningo-myelitis. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 242. Sept.

Magnus, Vilhelm, Et tilfälde af Polienoephalitis superior acuta. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. S. 1006.

Mally, F., Etude sur les paralysies traumatiques de l'épaule et du bras. Essai de détermination clinique d'un nouveau groupe de paralysies, paralysies myélopathiques par traumatisme direct. Revue de Chir. XIX. 10. p. 436.

Mann, Ludwig, Zur Physiologie d. Rumpfbewegungen u. zur Theorie d. Scoliosis ischiadica. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 518. Sept.

Maréchal, Du traitement de l'ataxie locomotrice par l'extension et la méthode de *Fraenkel* combinées. Presse méd. belge LI. 32.

Mayet, Lucien, L'indice céphalique des épileptiques. Lyon méd. XCII. p. 145. 188. Oct.

Mesnard, L., Leçon clinique sur quelques manifestations d'hystérie simulant des lésions des nerfs périphériques. Ann. de Policlin. de Bord. XI. p. 97. Juillet.

Mettler, L. Harrison, The treatment of apoplexy. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 577. Sept.

Möbius, P. J., Ueber Morbus Basedowii. Schmidt's Jahrbb. CCLXIV. p. 20.

Moltschanoff, Contribution à l'étude des affections blennorrhagiques du système nerveux. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 2. p. 158.

Mongour et Gentès, Observations d'hémiplégie et hémianesthésie. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 277. Oct.

Monkemöller, O., u. L. Kaplan, Symptomat. Korsakoff u. Rückenmarkserkrankung bei Hirntumor. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 706.

Munk, Beiträge zur Kenntniss d. otit. Erkrankungen d. Hirns, d. Hirnhäute u. d. Blutleiter. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 218.

Muskens, L. J. J., Retardation of pain sense in locomotor ataxia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 424. July.

Neuschüler, A., Su di un riflesso persistente dopo la sezione completa del trigemino. Suppl. al Policlin. V. 41. p. 1281.

Nicoll, J. H., Case of exophthalmic goître in which the thyroid was excised unter cocaine. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 203. Sept.

Oddo, C., Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham. Presse méd. VII. 78.

Oestreich, R., u. Slawyk, Riesenwuchs u. Zirbeldrüsengeschwulst. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 475.

Oettinger, Bernard, The disease of convulsive tic (Gilles de la Tourette's disease). Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 303. Sept.

Ohlmacher, A. P., Cavernous angioma, fibro-endothelioma, osteoma and haematomyelia of the nervous system in a case of secondary epilepsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 395. July.

Ohlmacher, A. P., Studies in the pathology of epilepsy. Bull. of the Ohio Hosp. for Epilept. I. 2 a 3. p. 9.

Onuf (Onufrowicz), H., Angioneurotic oedema and allied conditions. New York med. Record LVI. 6. p. 186. Aug.

Oppenheim, H., Nervenleiden u. Erziehung. Berlin. S. Karger. Gr. 8. 56 S. 1 Mk. 20 Pf.

Oppenheim, H., Zur Dermatomyositis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Pader, A., Etude sur les rapports du goître exophthalmique et de l'hystérie. Thèse de Paris. Paris. Jouve et Boyer. 8. 56 pp. 1 Mk. 20 Pf.

Palmieri S. Arnaud, M. A., Disturbi della sensibilità nella malattia di Parkinson. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 378. Giugno.

Parhon, C., et M. Goldstein, Sur quelques troubles vaso-moteurs dans l'hémiplégie. Roumanie méd. VII. 3. p. 99.

Peck, Elizabeth L., A case of Friedreich's ataxia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 505. Aug.

Peretti, J., Ueber d. Stand d. Frage d. Errichtung von Nervenheilstätten u. d. Wege zu ihrer Lösung. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 4. p. 567.

Personali, Stefano, Nuovo contributo allo studio dell'eritromelalgia. Rif. med. XV. 223.

Peterson, Frederick, A case of Charcot-Marie-Tooth amyotrophy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 444. July.

Petrén, Karl, Några ord om *Frenkel's* behandlingsmetod af ataxien vid tabes samt om ataxiens orsak vid denns sjukdom. Hygiea LXI. 7. s. 114.

Petřina, Th., Ueber cerebrale Muskelatrophie. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 40. 41. 42.

Pick, A., Ueber d. sogen. aphat. Stottern als Symptom verschiedenörtl. lokalisirter cerebraler Herdaffektionen. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 447.

Pipping, Fall af myokloni. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 1000.

Placzek, Das pulsator. Fussphänomen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Placzek, S., Klin.-mikroskop. Beiträge zur Lehre von d. progress. Muskelatrophie. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 105.

Pollard, J., and R. Lake, Notes of a case of exophthalmic goitre; operation; cure. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Potts, Chas. S., A case of myelitis following influenza. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 14. Oct.

Powell, Arthur, Obstinate hiccough after operation. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 851.

Preysing, Hermann, Otitischer Schläfenlappenabscess. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 108.

Priestley, James, A case of acute infantile hemiplegia with recovery. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Punton, John, Asthenic bulbar palsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 545. Sept.

Raecke, Paralyse u. Tabes b. Eheleuten. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 266.

Raymond, Sclérose en plaques chez un enfant. Presse méd. VII. 62.

Raymond, Paralysie hystérique du plexus brachial; monoplégie crurale hystérique. Presse méd. VII. 82.

Reeling Brouwer, S., Eene experimenteele studie over de psychologie van den suggestieven slaap. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 568.

Riche, A., et de Gothard, Etude sur les troubles objectifs des sensibilités superficielles dans le tabes. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 327. Juillet—Août.

Ritter, H. C., An analysis of the statistics of the hospital since opening, Nov. 30. 1893. Bull. of the Ohio Hosp. f. Epilept. I. 2 a. 3. p. 1.

Robinson, Léonard N., Etude sur le syndrome de Graves-Basedow considéré comme manifestation de l'hystérie. Thèse. Paris. Jouve et Boyer. 8. 95 pp. 1 Mk. 60 Pf.

Rolleston, H. D., A case of Recklinghausen's disease complicated with a sarcomatous growth involving the brachial plexus. Lancet July 29.

Rossolimo, G., Sur une forme récurrente de la polynévrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance (Dejerine) avec participation du nerf oculomoteur commun. Revue neurol. VII. 15. p. 558.

Sachs, B., On erythromelalgia. Mt. Smai Hosp. Rep. I. p. 114.

Sachs, Heinrich, u. C. S. Freund, Die Erkrankungen d. Nervensystems nach Unfällen, mit besonderer Berücksicht. d. Untersuchung u. Begutachtung. Berlin. Fischer's med. Buchh. (H. Kornfeld). Gr. 8. X u. 581 S. mit 20 Abbild. im Text. 15 Mk.

Sachs, B., u. Alfred Wiener, Die Erythromelalgie, eine klin.-anatom. Besprechung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 286.

Sailer, Joseph, A critical summary of recent literature concerning some recently described reflexes. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 446. Oct.

Sainton, P., Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'amyotrophie Charcot-Marie. [Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 317. Juillet—Août.] Paris. G. Steinheil. 8. 221 pp. et 5 pl.

Salomon, Max, Ueb. Behandlung schwerer Neurasthenien mit Sperminum *Poehl*. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 34.

Sandelin och Homén, Om ett fall af abscess i temporalloben. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. s. 910.

Sander, A., Bericht über d. Sitzungen d. Abtheilung f. Neurologie u. Psychiatrie auf d. 71. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte zu München vom 17. bis 23. Sept. 1899. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 301.

Sarbó, Arthur von, Die Therapie d. Tabes vom ätiolog. Standpunkte. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 257.

Savariaud, Suppléance du nerf radial par le musculo-cutané à la main. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 575. Juin.

Schaffer, Karl, Bemerkungen zu *Petrén's* Aufsatze: Mittheilung über eine besondere Veränderung der Nervenfasern des Rückenmarks, welche einer klin. Bedeutung entbehrt, näml. die von *Minnich* sogen. hydrop. Veränderung. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 15.

Scherb, Syndrome de *Brown-Séquard* avec début d'amyotrophie *Aran-Duchenne* et troubles pupillaires au cours d'une méningo-myélite syphilitique. Revue neurol. VII. 18. p. 646.

Schlesinger, Herm., Hydrops hypostrophos. Ein Beitrag zur Lehre d. akuten angioneurot. Oedeme. Münchn. med. Wchnschr. XLII. 35.

Schnabel, Kleine Beiträge zur Lehre von der Augenmuskellähmung u. zur Lehre vom Schielen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 31.

Schoenborn, S., Ein casuist. Beitrag zur Lehre von d. Thomsen'schen Krankheit. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 274.

Schuster, Paul, Zur neurolog. Untersuchung Unfallkranker. [Berl. Klin. Heft 135.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 32 S. 1 Mk. 20 Pf.

Seeligmüller, Casuist. Beiträge zur Lehre von d. Hyperhidrosis unilateralis faciei b. Erkrankungen d. Centralnervensystems. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 159.

Sibelius, Chr., Bidrag till de ryggmärgen intresserande tumörernas diagnostik och patologiska anatomi. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 9. s. 1021.

Siebert, W., Ein Fall von Hirntumor mit Geruchstäuschungen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 81.

Singer, Gustav, Bemerkungen zu d. Artikel *Wassermann's* u. *Malkoff's* „über d. infektiösen Charakter u. d. Zusammenhang von akutem Gelenkrheumatismus u. Chorea". Nebst Bemerkungen von *A. Wassermann*. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Sinkler, Wharton, Asthenic bulbar paralysis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 536. Sept.

Smith, Eugene, The diagnosis of septic diseases of the brain and its membranes from the standpoint of oculist and aurist. Physic. and Surgeon XXI. 8. p. 349. Aug.

Somerville, W. F., The treatment of neurasthenia. Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 273. Oct.

Souques, Un cas de névralgie paresthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané. Revue neurol. VII. 14. p. 530.

Spiller, William G., A critical summary of recent literature on concussion of the spinal cord. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 190. Aug.

Straaten, Theodor van, Zur Kritik d. hypnot. Technik. Ztschr. f. Hypnot. IX. 4. p. 193.

Strauss, H., Tabes u. Glykosurie. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 20.

Strümpell, Adolf, Zur Kenntniss d. Haut- u. Sehnenreflexe b. Nervenkrankheiten. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 254.

Sutherland, G. A., On birth palsy with disseminated tremors. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Teillais, De quelques paralysies combinées des muscles de l'oeil. Paralysie des mouvements d'élévation et d'abaissement des 2 cotés avec intégrité des mouvements de lateralité. Paralysie de la convergence. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 19. Juillet.

Thomas, John Jenks, 2 cases of injury of the cord resulting from fracture of the spine. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 10. p. 233. Sept.

Touche, Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes. Presse méd. VII. 69.

Urriola, Ciro L., Astasie-abasie. Progrès méd. 3. S. X. 30.

Vetlesen, H. J., Der Morbus Basedowii mit besond. Rücksicht auf Pathogenese u. Behandlung. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 512.

Vogt, Oskar, Ueber Beschäftigungstherapie bei funktionellen Nervenkranken. Psychiatr. Wchnschr. I. 27. 28.

Voss, G. von, Ueber d. autochthone Hirnsinusthrombose. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 297.

Wagner, Beitrag zur Casuistik d. akuten angioneurot. Oedems. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 471.

Walton, G. L., and Cheney, Tumor of pituitary body. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 491. Aug.

Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte zu Baden-Baden am 3. u. 4. Juni 1899. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 639. — Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33. 34.

Weber, Eugen, Zur Aetiologie peripher. Ulnaris- u. Medianuslähmungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 181.

Werner, S., Casuist. Mittheilungen aus d. Gebiete d. Neurologie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35. 36.

Wetzel, Ueber Syringomyelie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35.

Wiener, Alfred, The exercise treatment in tabes dorsalis. New York med. Record LVI. 4. p. 116. July.

Wiersma, E., Fälle von Hemiatrophia linguae. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 18.

Wille, Val., Neuralgia epidemica (localis). Münchener med. Wchnschr. XLVI. 33. 34. 35.

Winternitz, Wilhelm, Zur Hydrotherapie d. Tabes dorsalis. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 9.

Witmer, A. Ferree, A case of paralysis limited to the upper extremities. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 509. Aug.

Woolacott, F. J., Diphtheritic paralysis in cases treated with antitoxin. Lancet Aug. 26.

Zappinger, Wie eine Meningitis purulenta Perforationsperitonitis nach Bougirung einer Oesophagusstriktur vortäuschen kann. Wien. klin. Wchnschr. XII. 34.

S. a. I. Comba, Panzer. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Biotti, Cesaris, Dexler, Freudweiler, Hering, Katschkowski, Kazowsky, Moltschanoff, Olmer, Reusz, Rosin, Storch. IV. 2. *Infektiöse Meningitis, Tetanus,* Friedlaender; 4. Bull, Trénel; 5. Albu, Brown, Grön, Hayem, Lamberg, Simbriger, Stiller; 7. Gautier; 9. *Myxödem,* Hawthorne, Oliver, Sternberg; 11. Heiberg. V. 1. Sander, Seldowitsch, Shrady, Stransky; 2. a. *Chirurgie des Nervensystems;* 2. b. Moynihan, Putnam, Thomas, Wieting; 2. d. Albertin, Clark, Vetlesen; 2. e. Bauer, Hogarth, Keiler, Ollier, Riethus. VI. Cavazzani, Coulonjou, Küstner. VII. Brocchi, Dirmoser, Drejer, Gilles, Griffith, Hill, Hillmann, Jörgensen, Kuehne, Reed, Savory, Voorhees. IX. Anglade, Bregman, Deiters, Deventer, Findlay, Jastrowitz, Klein, Pick, Weber. X. Koster, Lapersonne. XI. Brocard, Cobb, Gaglio, Mettler, Obrastzoff. XIII. 2. Cullman, Ewald, Hirschkron, Rendle, Roche, Rosenbach, Sobel, Vallen; 3. Deléarde. XIV. 2. Grabner; 3. Débedat, Jaboulay; 4. Diehl, Hofmann, Seelye. XVI. Gundorow. XVIII. Dexler.

9) *Constitutionskrankheiten und Krankheiten des Blutes.*

Albu, Albert, Wesen u. Behandl. d. Verdauungsstörungen Chlorotischer. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 16. p. 529.

Anderson, M'Call, Case of pernicious anaemia treated by arsenic and bone-marrow. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 195. Sept.

Aporti, Ferrante, L'istotonia del sangue nella clorosi prima e dopo la cura ferruginosa, comparativamente ad altre forme di anemia ed in rapporto alla teoria emolitica. Settimana med. LIII. 35. 36. 37.

Ascoli, Giulio, Sulla diuresi nel diabete insipido. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 385.

Badt, Leopold, Ueber Harnsäureausscheidung im Urin während d. akuten Gichtanfalls. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 546.

Bate, R. Alexander, Suprarenal extract in the treatment of Addison's disease. Amer. Pract. and News XXVIII. 3. p. 90. Aug.

Benedict, A. L., Albumosuria. Medicine V. 9. p. 705. Sept.

Bezançon et Clerc, Leucémie aiguë. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 706. Juillet.

Bezançon et V. Griffon, Lymphadénie ganglionnaire métatypique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 633. Juin.

Billings jr., John S., A case of hereditary arthritis deformans, terminating in fatal pernicious anemia. New York med. Record LVI. 14. p. 479. Sept.

Bogoras, S., Zur Kenntniss d. Zuckerkrankheit im Kindesalter. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 243.

Bugge, Jens, Syreproduktion ved diabetes. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 87.

Chapman, Charles W., The early diagnosis of myxoedema. Lancet Sept. 30.

De Buck, D., A propos de la leucémie. Belg. méd. VI. 38. p. 353.

Dénys, J., et Sabrazès, Leucémie et adénie. Gaz. des Hôp. 89. — Presse méd. belge LI. 31.

Dominici, Considérations sur la migration des hématies nucléées au cours de la leucémie myélogène. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 764. Juillet.

Ebstein, Wilhelm, Zur Lehre vom traumat. Diabetes mellitus. Die ärztl. Praxis XII. 15.

Elgood, Charles, A note on the etiology of rickets. Lancet Aug. 19.

Felix, C. H., Infantiel myxoedeem. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 294.

Hahn, Friedrich, Ueber Osteomalacie b. Manne. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 15.

Hawthorne, C. O., On peripheral neuritis and retinal changes in diabetes mellitus. Lancet Sept. 30.

Hayem, Georges, Sur un cas d'anémie grave symptomatique. Presse méd. VII. 80.

Hertoghe, E., De l'hypothyroïdie bénigne chronique ou myxoedème fruste. Paris. Masson et Co. 8. 51 pp. avec figg. dans le texte. — Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 261. Juillet—Août.

Herzog, Ludwig, Zur Diagnose d. Urämie u. über Albuminurie b. Diabetes mellitus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. 32.

Heymann, Rudolf, Ueber einen Fall von Haemophilie mit erfolgreicher Anwendung d. Gelatineinjektion. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 34.

Hirschfeld, Felix, Zur Lehre von d. Plethora. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 280.

His d. J., W., Die Ausscheidung von Harnsäure im Urin d. Gichtkranken, mit besond. Berücksicht. d. Anfallzeiten u. bestimmter Behandlungsmethoden (in Verbindung mit *Cohnheim, Freudweiler, Respinger* u. *H. His*) untersucht. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 156.

Hoesslin, Rudolf von, Ueber Behandl. d. Fettleibigkeit. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Jaksch, R. von, Ueber d. alimentäre Pentosurie d. Diabetiker. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 612.

Klemperer, G., Zur Behandl. d. Phosphaturie. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 347.

Koppel, H., Ueber einen Fall von akuter Leukämie. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 33.

Kraus, Emil, Ueber eigenthüml. Blutbefunde b. 2 Fällen von medullärer lienaler Leukämie. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 185.

Kraus, Emil, Ein durch intercurrente Infektionskrankheit als abgeheilt zu betrachtender Fall von medullärer lienaler Leukämie. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 41. 42.

Kuh, Sydney, Unusual case of myxoedema. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 569. Sept.

Labbé, Marcel, Lymphadénie typique généralisée à debut ganglionnaire. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 626. Juin.

Lépine, Sur une variété d'anémie pernicieuse. Lyon méd. XCI. p. 517. Août.

Löwit, M., Ueber Leukämie u. Leukocytose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 135.

Londe, P., Sur quelques cas d'albuminurie familiale. Arch. gén. N. S. II. 3. p. 257. Sept. — Gaz. hebd. XLVI. 68.

Lüthje, Hugo, 2 Beiträge zur Lehre von der Acetonurie. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 38.

Maisch, Charles O., 3 cases presenting indications of Addison's disease, during infancy and childhood, with post-mortem and histological reports on 2. Post-Graduate XIV. 9. p. 725. Sept.

Malherbe, A., et F. Leguen, Des hématuries essentielles. Gaz. des Hôp. 119.

Minkowski, O., Ueber Leukämie u. Leukocytose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 158.

Moore, Frederich Craven, Scrofulous lymphadenitis. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 129. Aug.

Muck, Ein neuer Fall von Mastoideitis b. einem Diabetiker. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 215.

Neeb, H. M., Rhachitis, gepaard med dwerggroei op het eiland Lombok. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 299.

Oliver, Thomas, Sequel to a case of diabetic coma successfully treated by saline transfusion; death 243 days afterwards from coma. Lancet Aug. 26.

Payne, Joseph Frank, On the increase of cancer. Lancet Sept. 16.

Ponfick, E., Myxödem u. Hypophysis. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 1.

Poulain, A., Tuberculose caséeuse localisée aux capsules surrénales. — Syndrôme de la maladie d'Addison; Erythème scarlatiniforme desquamatif. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. 1. p. 537. Juin.

Přibram, Alfred, Neue Beiträge zur Charakteristik d. intermittirenden Albuminurie d. Adolescenten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 544.

Reimann, Heinrich, Ein Fall von akuter Leukämie mit Thymustumor b. einem 9jähr. Mädchen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 39.

Reineboth u. Kohlhardt, Blutveränderungen in Folge von Abkühlung. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 192.

Remlinger, Un cas de myxoedème spontané de l'adulte; guérison par le traitement thyroïdien. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 144. Août.

Sabrazès, Leucémie et adénie. Gaz. hebd. XLVI. 61.

Schirokauer, Hans, Ein Fall von intermittirender Albuminurie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 39.

Schwarz, Emil, Ueber d. Beziehungen zwischen Leberveränderungen u. Diabetes mellitus. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 33—39.

Sippy, Bertram W., Splenic pseudoleukaemia (anaemia splenica; splenomegalia primitive). Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 428. Oct.

Southworth, Thomas S., The present status of our knowledge of chlorosis. Med. News LXXV. 16. p. 485. Oct.

Sternberg, Carl, Universelle Primärerkrankungen d. lymphat. Apparates. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 16—20.

Sternberg, Wilhelm, Chem. u. Experiment. zur Lehre vom Coma diabeticum. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 65.

Stoeltzner, Wilhelm, Die Stellung d. Kalks in d. Pathologie d. Rhachitis. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 268.

Stoeltzner, Wilhelm, Ueber Behandlung der Rhachitis mit Nebennierensubstanz. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 37.

Sympson, E. Mansell, Notes on the treatment of rickets in an out patient department. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Tambroni, R., e R. Lambranzi, Intorno ad una varietà di mixedema frusto. Rif. med. XV. 173.

Tuckett, Ivor Ll., Auto-intoxication as the cause of pancreatic diabetes (Preliminary communication). Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 63.

Türk, Wilhelm, Pseudoleukämie u. Lymphosarkomatose. Wien. klin. Wchnschr. XII. 40.

Wetzel, Ueber Osteomalacie. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 32.

Wille, Erich, Die alimentäre Glykosurie u. ihre Beziehungen zu Pankreasaffektionen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 546.

Williamson, T. M., Purpura hemorrhagica. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 371. Aug.

Wilson, Cunningham, Report of a case of Hodgkins disease, showing long periods of fever. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 411. Oct.

Zachrisson, F., Experimentelle Studier over den intravenöse Kogsaltsinfusions Virkning ved akut Anämi. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 36. S. 872.

S. a. I. Cohn, Hewes, Jellinek, Mackie, Pflüger, Yarrow. II. Colombo, Gaertner, Horder, Leonardi, Sachs. III. Krzystalowicz. IV. 2. Larsen, Prat, Stalkartt; 5. Hoke; 6. Damen, Ellgood, Kühnau, Schupfer; 8. *Akromegalie, Basedow'sche Krankheit,* Faure, Holsti, Strauss. V. 1. Nové. VII. Diehl, Meyer. XI. Schwabach. XIII. 2. Gioffredi, Hirschkron, Jollasse, Klein, Lenné, Melis, Stefanelli, Steggall. XIV. 1. Macalester.

10) *Hautkrankheiten.*

Adler, Richard, Die Behandl. d. Schweissfusses. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. Beil.

Arwine, J. T., and D. S. Lamb, A fifth case of „fungous foot" in America. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 393. Oct.

Audry, Ch., Sur la lésion du molluscum contagiosum. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 7. p. 621.

Bernard, Robert, Sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis (*Kaposi*). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 207.

Björling, E., Några ord om differential diagnostik mellan olika hudsjukdomar. Hygiea LXI. 8. s. 252.

Bonne-Klein Flottbeck, Georg, Ueber das Eczema seborrhoicum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 4. p. 153.

Bonnet, Erythèmes polymorphes provoqués par l'antipyrine. Lyon méd. XCI. p. 554. Août.

Brutzer, Carl, Ueber einen Fall von Lepra tuberosa ohne Befund von Leprabacillen u. über d. Vorkommen von Riesenzellen in leprösen Hautinfiltrationen. Dermatol. Ztschr. VI. 4. p. 491.

Bukovsky, J., Ein Beitrag zur Therapie d. Lupus erythematosus. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31. 32.

Bukovsky, J., Beiträge zur Lehre vom Favus. Dermatol. Centr.-Bl. II. 8.

Callari, I., La sieroterapia artificiale nelle dermatosi tossiche. Rif. med. XV. 188—194.

Cantlie, James, Caterpillar rash. Brit. med. Journ. July 29. p. 315.

Carrier, Albert E., Contagious cutaneous diseases. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 308. July.

Chapin, Henry Dwight, The treatment of chronic eczema at the babies wards. Post-Graduate XIV. 9. p. 697. Sept.

Ciauri, Sulla patogenesi del geroderma genitodistrofico o senilismo. Rif. med. XV. 173.

Das, Kedarnath, Dermatitis exfoliativa neonatorum or Ritter's disease. Lancet July 29.

Dorssen, J. M. H. van, Eenige aanteekeningen naar aanleiding van Dr. *T. Broes van Dort's* studie over lepra. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 306.

Dunning, A. W., Subcutaneous emphysema occurring during the act of vomiting. Med. News LXXV. 9. p. 269. Aug.

Du Castel, Le psoriasis simple. Semaine méd. XIX. 42.

Durlacher, H., Ueber d. Technik d. *Finsen*'schen Lupusbehandlung. Arch. f. Lichtther. I. 1.

Freund, Leopold, Die Radiotherapie der Hautkrankheiten. Wien. klin. Wchnschr. XII. 39.

Gassmann, A., Zur Histologie d. Röntgenulcera. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 199.

Gassmann, A., Casuist. Beitrag zur Psoriasis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 171.

Huber, A., Ekzem; Perifolliculitis suppurativa u. framboesiaartige Vegetationen. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Joseph, Max, Ueber Keloide. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 277.

Judd, L. D., Hygienics of the skin. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 5. p. 104. Aug.

Jutassy, Josef, Radiotherapie eines Naevus

flammeus. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 213.

Kaufmann, R., Untersuchungen zur Aetiologie d. Impetigo contagiosa. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 297.

Kaufmann, R., Zur Kritik u. Aetiologie d. Kahlheit. Referat über die Untersuchungen *Sabouraud's*. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 83.

Kolle, W., Mittheilungen über Lepra nach Beobachtungen in Südafrika. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Koptowski, L., Contribution à l'anatomie pathologique du psoriasis. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 763.

Kraus, Oskar, Ein Fall von Xanthomatose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 633.

Lacoronsky, L'ecthyma térébrant infantile. Gaz. hebd. XLVI. 59.

Lau, H., Zur symptomat. Behandlung der Psoriasis nebst einigen Beobachtungen über diese Krankheit. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 34.

Leredde, Etude sur le pemphigus foliacé de *Cazenave*. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 7. p. 601.

Leredde, E., Pathologie générale des dermatoses toxiques. Presse méd. VII. 74.

Lie, H. P., Beretning fra Pleiestiftelsen for spedalske No. 1 i Bergen for 4-aaret 1895—1898. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 10. S. 1217.

Lipman-Wulf, L., Ueber Auftreten von universellem Exanthem nach lokaler Anwendung von Jodvasogen. Dermatol. Ztschr. VI. 4. p. 499.

Lissauer, W., Ueber d. Verhältniss von Leukoplakia oris u. Psoriasis vulgaris. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 31.

Luck, Emil, A mucor dermatosis resembling scabies. New York med. Record LVI. 6. p. 204. Aug.

Luithlen, Friedrich, Zur Pemphigusfrage. Dermatol. Ztschr. VI. 4. p. 481.

Mac Mahon, J. Ross, A case of leprosy in England. Lancet Sept. 16.

Maiocchi, I lichen. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Majocchi, La pellagra. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Merken, Paul, Beitrag zur Kenntniss d. Fibroma molluscum (*Virchow*). Wien. klin. Wchnschr. XII. 32. 33. 34.

Minne, A. J., Un cas de sarcome (alvéolaire pigmenté à cellules épithélioïdes) simulant le mycosis fongoïde d'emblée. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 751.

Monro, T. K., 6 cases of rash after enemata. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 165. Sept.

Monthus, Albert, Corne cutanée de la région frontale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 645. Juin.

Nékám, L. A., Ueber d. leukäm. Erkrankungen d. Haut. Hamburg u. Leipzig. Leopold Voss. 8. 46 S. mit 4 chromolithogr. u. 1 Lichtdrucktafel. 4 Mk.

Petrini, 3 cas de dermatite exfoliatrice généralisée, avec études histologiques et bactériologiques. Arch. des Sc. méd. IV. 3 et 4. p. 109. Mai—Juillet.

Plicque, A. F., Le prurit cutané et son traitement. Presse méd. VII. 72.

Purdon, H. S., Note on verruca and warts. Dubl. Journ. CVIII. p. 90. Aug.

Robin, Albert, et Leredde, Du rôle des dyspepsies dans la genèse de quelques dermatose. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 141. Juillet 18. — Bull. de Thér. CXXXVIII. 12. p. 450. Sept. 30.

Róna, S., Ueber Rhinosklerom. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 265.

Saalfeld, Edmund, Ein Beitrag zur Lehre von d. Alopecia praematura. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 77.

Sellei, Josef, Pathol. u. klin. Beiträge zur Psoriasis vulgaris. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 34. 35. 36.

Smith, A. Lionel, A case of diffused subcutaneous induration in an infant. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 103.

von Starck, Ein Fall von Urticaria pigmentosa. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Steiner, Rudolf, Ein Fall von grossknotiger Bromacne. Wien. med. Presse XL. 33.

Stern, C., Beitrag zur chirurg. Behandl. d. Elephantiasis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Thompson, J. Ashburton, Leprosy in Madeira. Lancet Sept. 30.

Unna, P. G., Infiltration oder Akanthose? Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 3. p. 1?4.

Urbanowicz, Das Leprakrankenheim b. Memel. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Vilcoq, Contribution à l'étude de la sclérodermie. Arch. gén. N. S. II. 3. p. 282. Sept.

Vollmer, E., Ekzembehandlung u. farad. Strom. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 549.

Waelsch, Ludwig, Ueber d. aus weichen Naevis entstandenen bösartigen Geschwülste. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 249.

Weill, De la lèpre en Cochinchine. Gaz. des Hôp. 97.

White, Charles J., The role of the staphylococcus in skin diseases. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 10. p. 235. Sept.

Winternitz, Rudolf, Knotenbildungen b. Melkerinnen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 195.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Barannikow, Bosellini, Cornil, Hartzell, Hoppe, Kromayer, Löwenbach, Sabouraud, Sorrentino, Winternitz. IV. 2. Gorkom, Guizzetti, Rugeni; 6. Parker; 8. Kaposi, Oppenheim, Seeligmüller. V. 1. Hammer, Nankivell; 2. d. Elliott; 2. e. Brunner, Cipriani, Heermann. IX. Féré. X. Borthen, Ginsberg. XI. Seiler. XIII. 2. Floret, Funk, Hodara, Jordan, Kölbl, Mader, Roelig, Scholtz. XIV. 3. Leviseur; 4. Amat. XX. Bloch.

11) *Venerische Krankheiten.*

Abramow, S., Ueber die Veränderung der Blutgefässe b. d. Syphilis. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 2. p. 202.

Adrian, C., Zur Kenntniss d. vener. Bubo u. des Buboneneiters. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 339.

Almkvist, Johan, Ein durch Gonokokken verursachter Fall von Phlegmone. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 163.

Blaschko, A., Internationale Conferenz f. d. Prophylaxe d. Syphilis u. d. vener. Krankheiten. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39. Beil.

Bonelli, G. Amore, Un caso d'infezione gonococcica generale. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Brown, Haydn, The prevention of venereal disease. Lancet July 29. p. 501.

Barthélemy, Les systèmes de réglementation ont-ils en une influence sur la fréquence et la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes. Gaz. des Hôp. 104.

Caro, Leo, Zur Casuistik der Tripperprophylaxis. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 63.

Charmeil, La fréquence de la syphilis d'après les travaux de la conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Echo méd. du Nord. III. 42.

Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 774. — Presse méd. belge LI. 37—40. — Gaz. des Hôp. 103—106.

Csillag, J., Der heutige Stand d. Aetiologie d. Ulcus venereum. Ulcus venereum u. Prostitution. Ungar. med. Presse IV. 25.

Dalgliesh, J. W., Syphilitic disease of the stomach. Lancet Aug. 12.
Descos, Rétrécissement syphilitique du larynx. Lyon méd. XCI. p. 555. Août.
Downie, Walker, Syphilitic ulcerations of the trachea. Brit. med. Journ. Oct. 14.
Eichhorst, Hermann, Ueber Muskelerkrankungen b. Harnröhrentripper. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.
Feleki, M., Die antiparasitären Behandlungsarten der Blennorrhoea urethrae. Ungar. med. Presse IV. 26 u. 27.
Fournier, Danger social de la syphilis. Gaz. des Hôp. 103.
Franceschini, Giovanni, Contributo alla cura della sifilide. Gazz. degli Osped. XX. 121.
Frank, Ernst R. W., Zur Prophylaxe d. Trippers. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 62.
Goldschmidt, Alfred, Ueber d. glatte Atrophie d. Zungenbasis b. tertiärer Syphilis, nebst Bemerkungen über Lues-Erscheinungen in d. oberen Luftwegen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.
Hallopeau, H., Sur la lutte contre la propagation a masculo des maladies vénériennes. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 770.
Hartley, Frank, Some surgical aspects of syphilis. Med. News LXXV. 13. 14. p. 391. 422. Sept.
Heiberg, Povl, Et Par Ord om den forud for Tabes dorsalis gaaende Syfilis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 39.
Holstein, Vladimir de, Les travaux de la conférence internationale de Bruxelles pour la prophylaxie des maladies vénériennes. Semaine méd. XIX. 39. 40.
Hültl, H., Ueber d. syphilit. Erkrankung d. Schilddrüse. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.
Kattenbracker, H., Quecksilber u. Lichttherapie b. d. Syphilisbehandlung. Arch. f. Lichtther. I. 1.
Kiessling, Ein Fall von Lues galoppans mit schweren Knochenaffektionen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35.
Koeppelin, Arthrite syphilitique du genou. Lyon méd. XCII. p. 81. Sept.
Kopp, Ueber neuere Mittel u. Methoden zur Therapie u. Prophylaxe d. Gonorrhöe d. Mannes. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31. 32.
Lassar, Quelle part révient, en dehors de la prostitution, aux autres modes de dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes. Gaz. des Hôp. 104.
Malthus, Malgré, The prevention of venereal disease. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 815.
Mirabeau, Sigm., Lymphangoitis gonorrhoica. Ein Beitrag zur Impfinfektion mit Gonokokkeneiter. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 41.
Monteverdi, Imerio, Dell'influenza antagonista fra la sifilide e la tubercolosi. Gazz. degli Osped. XX. 91.
Muscatello, G., La peritonite gonococcica diffusa. Policlin. VI. 16. p. 333.
Neisser, A., Gonorrhöe u. Eheconsens. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.
Neisser, Danger social de la blennorrhagie. Gaz. des Hôp. 103.
Neumann, Vorlesungen über die Therapie der Syphilis. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 32—35. 37. 39. 40.
van Niessen, Ueber d. jetzigen Stand d. Syphilisätiologie. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 485.
Panichi, Rodolfo, 2 casi di gonococcemia. Settimana med. LIII. 34.
Pinard, Que doit-on comprendre par cette dénomination: syphilis héréditaire? Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 123. Juillet 18.
Raymond, Paul, L'hérédité dans la syphilis. Progrès méd. 3. S. X. 33.
Ritter, P., Beitrag zur Diagnose u. Therapie syphilit. Affektionen d. Mundhöhle u. d. Kieferknochen. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 9. p. 427.
Shaw-Mackenzie, John A., The syphilitic factor in the diseases of women. Brit. med. Journ. Oct. 14.
Spencer, Ralph H., Primary syphilis. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 358. Aug.
Taylor, E. W., Syphilis and the parasyphilitic affections. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 12. p. 286. Sept.
Thévenot, Gomme syphilitique de la fesse. Lyon méd. XCII. p. 166. Oct.
Verchère, Quelle part revient à la prostitution dans la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes. Gaz. des Hôp. 104.
von Vogl, Ueber die Verbreitung d. ansteckenden Geschlechtskrankheiten in der Armee u. im Volk, nebst Bemerkungen über d. Therapie d. Gonorrhöe. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31. 32.
Welch, Francis H., The prevention of syphilis. Lancet Aug. 12.
Werler, O., Ueber die ambulante Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 429.
Würdinger, Die Tripperbehandl. im Münchener Garnisonslazareth 1882—1898. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.
Zeissl, M. von, Ueber den Blasenverschluss u. einige Bemerkungen über neuere Behandlungsarten des Harnröhrentrippers des Mannes. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 643.

S. a. III. Bettmann, Michaelis, Moltschanoff. IV. 4. Sacquépée; 5. Weber, Wood; 8. Guttmann, Mac Gregor, Moltschanoff. V. 2. a. Bugge; 2. d. *Harnröhrenstrikturen;* 2. e. Spencer. VI. Aichel, Calmann, Schiller, Taylor. VII. Fabre. IX. Discussion, Klein, Sprengeler. X. Hinshelwood. XIII. 2. Åhman, Gren, Weber. XV. *Prostitution.* XX. Oefele.

12) *Parasiten beim Menschen.*

Aall, Cate, Et tilfälde af Botryocephalus latus. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. S. 1052.
Abée, Conrad, Ueber multilokulären Echinococcus d. Leber u. einen Fall von Echinococcus d. Beckens u. d. Oberschenkels. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 519.
Bloch, Ein neues Document zur Geschichte u. Verbreitung d. Guineawurms (Filaria medinensis) im Alterthum. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 60.
Childe, C. P., A case of Bilharzia haematobia. Brit. med. Journ. Sept. 9.
Celli, A., u. O. Casagrandi, Ueber d. Vernichtung der Mosquitos. Beitrag zu Untersuchungen von mosquitotödtenden Stoffen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 13.
Cohn, Ludwig, Zur Systematik der Vogeltänien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 7 u. 8.
Demateis, Prospero, La casuistica elmintologica di *Davaine* in rapporto colla patogenesi moderna. Rif. med. XV. 231—234.
Giles, G. M., The life history of the free stage of ankylostoma duodenale. Brit. med. Journ. Sept. 9.
Holmsen, F., Misdannelse af en bändelorm. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 89.
Huber, J. Ch., Bibliographie d. klin. Entomologie (Hexapoden, Acarinen). Heft 3: Diptere (Musciden u. Oestriden), Sarcophila, Sarcophaga, Calliphora, Anthomyia, Musca, Lucilia, Teichomyza, Compsomyia, Hypoderma, Dermatobia, Ochromyia. Jena. Druck d. Frommann'schen Buchdr. (Hermann Pohle). 8. 25 S.
Kime, J. W., Treatment of tape worm by use of morphine injected into the protruding part of the parasite. Medicine V. 9. p. 732. Sept.
Kompanzew, Ein Fall von Darmperforation durch Ascariden mit darauf folgender tödtl. Peritonitis. Woj.-med. Shurn. 1. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Korbelius, V., Beitrag zur Frage über das Verhältniss des Pferdes zur Ankylostomiasis des Menschen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5. 6.

Kurimoto, Tomei, Ueber eine neue Art Botriocephalus. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 453.

Leichtenstern, Otto, Schlusswort zu d. Artikel d. Herrn *A. Loos* „d. Ankylostomafrage". Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Mac Rae, Donald M., A case in which lumbricoids were a cause of obstructing the small intestine; sequel to a case of alleged poisoning; necroscopy. Lancet Sept. 16. p. 786.

Manson, Patrick, On filarial periodicity. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Paterson, John, The Dracunculus Medinensis. New York med. Record LVI. 5. p. 518. Oct.

Prowe, Ankylostomiasis in Centralamerika. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 458.

Rose, Ronald, The extirpation of the mosquito. Brit. med. Journ. July 29. p. 314.

Sandwith, F. M., A case of distoma heterophyses in a living patient. Lancet Sept. 30. p. 888.

Steiner, Victor, Doppelseit. Lungen-Leber-Echinococcus. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Wiesinger, Multilokulärer Echinococcus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32. Beil.

S. a. IV. 5. Berg, Monari, Posselt; 6. Wlaeff; 8. Czyhlarz. V. 2. c. Géraud, Karewski. VI. Hahn. X. Kendirdjy. XIII. 2. Leichtenstern. XVIII. Rátz.

V. Chirurgie.

1) *Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Operations- u. Verbandlehre.*

Ahlström, Assar, Om sterilisering af sonder. Hygiea LXI. 9. s. 310.

Baduel, C., e G. Daddi, 3 casi di carbonchio nell' uomo curati col siero *Sclavo.* Policlin. VI. 19. p. 467.

Bardy, A., Stérilisation du catgut à l'acool. Gaz. des Hôp. 98.

Bauer, F., Nogle ord om *Schleich's* Infiltrationsanästesi, auvend ved 400 Operationer. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 36. S. 871.

Beatson, George Thomas, On the construction of operating theatres. Lancet Sept. 9.

Beck, Carl, Wie kommt man d. idealen Asepsis am nächsten? New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 9. p. 429. Sept. — New York med. Record LVI. 15. p. 505. Oct.

Beiträge zur klin. Chirurgie, red. von *P. v. Bruns.* XXIV. 3. Tübingen. H. Laupp. 8. VI S. u. S. 535 bis 826 mit 25 Abbild. im Text u. 5 Tafeln. 16 Mk. 20 Pf. — XXV. 1. Gr. 8. 263 S. mit 11 Abbild. im Text u. 4 Tafeln. 15 Mk. 50 Pf.

Bier, August, Ueber die nach u. während der *v. Esmarch*'schen künstl. Blutleere eintretenden Gefässveränderungen u. ihre physiolog. Erklärung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Bloch, O., Om store Operationer ved Hjälp af Aethylchlorid paa Huden og primär Kloroformanästesi. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 36. S. 870.

Braun, Wilhelm, Klin.-histol. Untersuchungen über d. Anheilung ungestielter Hautlappen. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 211.

Bullitt, James B., Normal salt solutions in surgery. Amer. Pract. and News XXVIII. 2. p. 50. July.

Burrage, W. L., A strong and simple needle forceps without a catch. New York med. Record LVI. 11. p. 394. Sept.

Congress d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32. Beil.

Congrès de l'association française de chirurgie tenu à Paris du 16. au 23. octobre 1899. Presse méd. VII. 83. — Gaz. hebd. XLVI. 84. — Gaz. des Hôp. 118. 119.

De Buck; Vanderlinden; Walton, et A. Bodaert, Rapport sur les avantages de l'intervention chirurgicale dans un certain nombre de maladies internes. Belg. méd. VI. 32. p. 166.

Dematteis, Prospero, Sopra un caso di tubercolosi chirurgica. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Dun, Robert Craig, Ununited fracture in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 686.

Duplay, S., Du retard et du défaut complet de consolidation des fractures. Semaine méd. XIX. 40.

Faber, Poul Kuhn, Om Ledtifälde hos Blödere. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37.

Février, Ch., Valeur de la paille de blé ou d'avoine carbonisée comme matérial de pansement. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 117. Août.

Frakturen s. IV. 8. *Thomas.* V. 1. *Dun, Duplay, Jann, Murray, Owen, Steinlin, Van Hoestenberghe;* 2. a. *Collins, Delbet, Engdahl, Friedrich, Jardine, Malines, Montini, O'Brien;* 2. b. *Thomas;* 2. c. *Ménier;* 2. e. *Auvray, Batut, Berger, Croly, Delbet, Destot, Heldenbergh, Henry, Kronacher, Lauenstein, Manley, Monnier, Nicolaysen, Potel, Riethus, Rockey, Stinson, Trnka, Tschudy, Vallas.*

Franke, Felix, Ueber einige chirurg. wichtige Complikationen u. Nachkrankheiten d. Influenza. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 263.

Fremdkörper s. IV. 2. *Jova;* 5. *Martin, Richter, Winternitz.* V. 2. a. *Eitel;* 2. c. *Martin, Rehn;* 2. d. *Hahn, Loumeau.* VI. *Greanellé, Kauffmann, Schaeffer.* VII. *Malcolm.* X. *Levinsohn, Sidler.* XI. *Downie, Hall, Manasseh.*

Gerster, Arpad G., Report of the Department of general surgery. Mt. Sinai Hosp. Rep. 1. p. 130.

Goldschmidt, Alfred, Ein Instrumentenständer f. prakt. Aerzte u. insbes. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte. Aerztl. Polytechn. 8.

Gordon, Frederick T., Wood pulp as a material for poultices and surgical dressings. New York med. Record LVI. 15. p. 519.

Gottstein, G., u. M. Blumberg, In wieweit können wir unsere Hände sterilisiren? Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 34.

Grant, G. H., Report of 2 cases of acute suppurative osteomyelitis. New York med. Record LVI. 14. p. 480. Sept.

Graves, Schuyler Colfax, The employment of gloves as a recent factor in operative surgery. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 333. July.

Hammer, Traumat. Hautemphysem durch Pulvergase. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 1.

Henle, A., u. H. Wagner, Klin. u. experiment. Beiträge zur Lehre von d. Transplantation ungestielter Hautlappen. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 615.

Heusner, L., Ein Verband- u. Extensions-Tisch. Aerztl. Polytechn. 9.

Jann, Adolf, Beitrag zu d. Knochenfrakturen b. Kindern. Zusammenstellung der im Kinderhospital in Basel in d. JJ. 1886—1898 vorgekommenen Fälle. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 62.

Jones, E. L., Rat-tail absorbable sutures. New York med. Record LVI. 6. p. 203. Aug.

Iterson, J. E. van, Een nieuw model naaldvoerder. Nederl. Weekbl. II. 6.

Karchesy, Eugen, Ueber d. Behandlung veralteter Luxationen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 38.

Kirurgkongressen i Stockholm. Eira XXIII. 15.

Knochen- u. Gelenkkrankheiten s. III. *Ascoli, Enderlen, Sellheim, Stoelzner, Tikanadsé;* 7. *Bannatyne, Bayliss, Bregmann, Dauchez, Kirchgaesser, Léri, Liotta, Müller, Steiner, Valentini, Weizs;* 8. *Barnard, Cree, Folet;* 9. *Billings, Elgood, Hahn, Muck, Wetzel;* 11. *Kiessling, Koepplin, Ritter.* V. 1. *Faber, Grant, Nové, Pollosson, Tracy, Wheeler;* 2. a. *Bugge, Cooper, Discussion, Feder, Frech, Goris, Gruening, Hallauer, Haug, Hegetschweiler, Muck, Nadoleszny, Payr, Sattler,*

Scheppegrell, *Spiess*; 2. b. *Bacon*, *Bradford*, *Goldthwaite*, *Hahn*, *Haudek*, *Heimann*, *Hoffa*, *Könitzer*, *Truslow*, *Vulpius*; 2. c. *Kermauner*; 2. e. *Borchardt*, *Calot*, *Carrel*, *Cavazzani*, *Clarke*, *Croly*, *Duplay*, *Gangolphe*, *Guibal*, *Joachimsthal*, *Isaacs*, *Judson*, *Knott*, *Lauenstein*, *Léri*, *Lotheissen*, *Mc Kenzi*, *Mackiewicz*, *Morestin*, *Nissen*, *Oschmann*, *Potel*, *Schloffer*, *Spencer*, *Sprengel*, *Tschudy*, *Walsham*. VIII. *Cautley*. X. *Baudoin*. XI. *Haug*, *Lembinger*, *Mc Auliffe*. XIII. 3. *Dearden*.

Kohlmetz, Verbandschienen. Aerztl. Polytechn. 8.

Kossmann, R., Ein vereinfachter Angiothryptor. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 37.

Longuet, L., Un nouveau modèle de pinces à griffes. Progrès méd. 3. S. X. 38.

Luxationen s. V. 1. *Karchesy*; 2. a. *Mc Graw*; 2. b. *Smith*; 2. e. *Bauer*, *Bennett*, *Courtney*, *Croly*, *Elmgren*, *Haycock*, *Kendirdjy*, *Lauenstein*, *Lorenz*, *Nové*, *Whitman*, *Young*.

Mc Churd, R. C., The utility of the blood-clot in the treatment of wounds. Amer. Pract. and News XXVIII. 1. p. 1. July.

Minervini, Rafael, Zur Catgutfrage. Deutsche Ztschr. f. Chir. LIII. 1 u. 2. p. 1.

Montmollin, Jacques, Ecarteur-saliveur. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 9. p. 590. Sept.

Murray, R. W., Ununited fracture in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 2. p. 627.

Nankivell, J. H., A case of multiple fibroma. Lancet Aug. 19. p. 492.

Noetzel, W., Ueber d. baktericide Wirkung d. Stauungshyperämie nach *Bier*. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 1.

Noetzel, W., Weitere Untersuchungen über d. Wege d. Bakterienresorption von frischen Wunden u. d. Bedeutung ders. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 25.

Nové-Josserand, Arthrites hémophiliques. Lyon méd. XCII. p. 231. Oct.

Owen, Edmund, Ununited fracture in childhood. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Pollosson, Maurice, et Léon Bérard, Tumeurs des os. Gaz. hebd. XLVI. 83. — Gaz. des Hôp. 118.

Radestock, Gesichtspunkte f. d. Auswahl u. Prüfung von Verbandstoffen. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 478.

Rossem, C. D. van, Ueber Angiothrypsie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 37.

Sander, M., Chirurg. Eingriffe b. Hysterie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Schaeche, Zur Verhütung des Carbolbrandes. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 461.

Schlutius, Celluloidzwirn nach San.-Rath Dr. *Pagenstecher*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 38.

Schüller, Max, Die Schalenhaut d. Hühnereis eine epithelhaltige Membran u. ihre Verwendung zur Ueberhärtung granulirender Flächen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 9. p. 281.

Schultz, Victor, Ein neuer Nadelhalter für krumme chir. Heftnadeln. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Seldowitsch, J. B., Ueber Cocainisirung des Rückenmarks. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 41.

Shrady, George F., Shock in modern surgery. New York med. Record LVI. 4. p. 112. July.

Steinlin, Maurice, Ueber d. Einfluss d. Schilddrüsenverlustes auf d. Heilung von Knochenbrüchen. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 247.

Stapler, Desider, Neue Nahtmethoden mit ausziehbaren Fäden. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 41.

Stransky, Erwin, Sensibilitätsuntersuchungen an transplantirten Hautstücken. Wien. klin. Wchnschr. XII. 32. 33.

Surmont, Les mouchetures et les hydropiques; manuel opératoire. Echo méd. du Nord III. 32.

Tracy, Edward A., A safe and quick method of joint and bone fixation. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 209. Aug.

Tschistowitsch, S., Feuchter Borsäureverband b. d. Wundbehandlung. Woj.-med. Shurn. 3. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Tuffier, Th., Asepsie opératoire. Presse méd. VII. 72.

Van Hoestenberghe; Royer et Deschamps, Récit et étude d'une guérison subite de fracture. Revue des Questions scientif. 2. S. XVI. p. 517.

Volpe, Mazzini, Modificazione alla tenoplastica col metodo *Czerny*. Suppl. al Policlin. V. 43. p. 1345.

Wheeler, W. J. De Courcy, Central sarcoma of bone. Dubl. Journ. CVIII. p. 284. Oct.

Whiteford, C. Hamilton, The mechanical factor in surgery. Brit. med. Journ. July 29.

Wiemuth, Die Behandlung d. Schussverletzungen. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 482.

Williams, W. Roger, Tumours of gigantic size. Lancet Sept. 23.

Wilson, Frederic N., The preparation and aftertreatment of children for operation. Post-Graduate XIV. 9. p. 732. Sept.

Zweifel, P., Kniehebelklemmen zur Blutstillung durch grossen Druck. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 37.

S. a. I. Einhorn. II. Kolster. III. Densusianu; 8. *Traumat. Neurose*; 9. Ebstein; 11. Hartley. VI. Doran. IX. Fenayrou, Macphail. XIII. 2. *Anaesthetica*, *Antiseptica*, *Haemostatica*, *Verbandmittel*, Roelig. XVI. Briand. XVII. Westerman. XX. Clark, Odenius, Perrenon.

2) *Specielle Chirurgie.*

a) Kopf und Hals.

Abraham, Adolf, Die Durchschneidung d. Nervus mandibularis. Oest.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 289.

Berend, M., Sollen wir in d. Praxis ausserhalb d. Spitals b. croupöser Larynxstenose intubiren oder tracheotomiren? Ungar. med. Presse IV. 30 u. 31.

Berezowsky, S., Untersuchungen über d. Bedingungen u. Methodik operativer Druckentlastung d. Gehirns. Deutsche Ztschr. f. Chir. LIII. 1 u. 2. p. 63.

Borbéty, S., Sollen wir in d. Praxis ausserhalb d. Spitals b. croupöser Larynxstenose intubiren oder tracheotomiren? Ungar. med. Presse IV. 30 u. 31.

Buchbinder, Hans, Ueber d. Lage u. d. Erkrankungen d. Wangenlymphdrüsen. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 11.

Bugge, Jens, Periostitis gummosa cranii. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1113.

Collins, W. J., A case of compound, comminuted, depressed, impacted fracture of the vault of the skull; wound of the dura mater; elevation by primary operation; recovery. Lancet Oct. 14. p. 1017.

Cooper, Bertram, Chronic suppuration of the accessory nasal sinuses. Lancet Aug. 5.

Delbet, Paul, Fracture parallèle du rocher; fracture à distance de la cavité buccale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 720. Juillet.

Desnos, J., Tumeur tuberculeuse du lobe droit du cervelet; double trépanation. Lyon méd. XCII. p. 213. Oct.

Discussion on chronic suppuration of the frontal sinuses. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Eitel, G. G., Esophagotomy for the extraction of an impacted tooth-plate of 6 years and 4 months standing. Med. News LXXV. 12. p. 368. Sept.

Engdahl, E., Et Tilfälde af intradural Blödning uden Fraktur af Kraniet; Trepanation; Helbredelse. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 829.

Eschweiler, Ein atyp. verlaufend. Fall von Sinusphlebitis. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 60.

Feder, Alfred, Die Tuberkulose der platten Schädelknochen, mit besond. Berücksicht. d. Kindesalters. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 342.

Firth, J. Lacy, A case of primary sarcoma of the thyroid; thyroidectomy; relief of symptoms. Lancet Aug. 26. p. 567.

Frech, A., Ueber einen Fall von centraler epithelialer solider Oberkiefergeschwulst. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 608.

Friedrich, L., Ein geheilter Fall von penetrirender Schussverletzung des Schädels. Ungar. med. Presse IV. 25.

Gangolphe et Piery, Contribution à l'étude des lésions du sinus latérale dans les traumatismes du crâne. Revue de Chir. XIX. 9. p. 227.

Goris, Evidement de la moitié de la face pour carcinome du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde. Presse méd. belge LI. 34.

Gruening, E., The mastoid operation in acute empyema and caries. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 281.

Haeckel, Gehirn- u. Nervenchirurgie auf d. diesjähr. Chirurgen-Congress. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 148.

Hallauer, Otto, Mucocele d. Sinus frontalis. Ztschr. f. Augenhkde. II. p. 159.

Hansson, Anders, Cystis (dermoides) colli congen.; exstirpation; helsa. Hygiea LXI. 9. s. 308.

Haug, Beitrag zur Casuistik u. patholog. Histologie d. malignen Tumoren d. Schläfenbeins. Endothelcarcinom d. Schläfenbeins mit Recurrens- u. Hypoglossuslähmung; Durchbruch in die Schädelhöhle u. Vorwuchern an der Schädelbasis. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 113.

Hegetschweiler, J., Ueber d. Empyem d. Stirnhöhle. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 15.

Hofmann, C., Ueber d. Sackdivertikel d. Oesophagus u. seine chirurg. Radikalbehandlung mit vorausgeschickter Gastrostomie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Honsell, B., Ueber d. Pharyngotomia subhyoidea. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 121.

Hopmann, Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne präliminare Operation; nebst Bemerkungen über gewisse Sprachstörungen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.

Jardine, Robert, Fracture of the skull with injury to the brain. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 215. Sept.

Jessen, F., Zur Therapie u. Aetiologie d. Halslymphome. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 35.

Jonnesco, Thomas, The resection of the cervical sympathic in the treatment of epilepsy, of Basedow's disease, and glaucoma (Translated by *Willard Bartlett*). Medicine V. 8. p. 654. Aug.

Jourdan, Epilepsie; 2 trépanations; persistance des accès. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 122. Août.

Juvara, Technique des interventions sur les sympathiques cervicaux. Presse méd. VII. 73.

Küttner, H., Zur Technik ausgedehnter Lymphomexstirpationen am Halse. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 822.

Küttner, H., Ueber d. Lymphgefässe d. äusseren Nase u. d. zugehörigen Wangenlymphdrüsen in ihren Beziehungen zu d. Verbreitung d. Nasenkrebses. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 33.

Lindström, Erik, a) Defectus nasi; rhinoplastik. — b) Sarcoma parotidis; exstirpation med resection af ductus Stenonianus. Hygiea LXI. 9. s. 261. 263.

Mc Graw, Theodore A., A new method of reducing old dislocations of the lower jaw. New York med. Record LVI. 15. p. 511. Oct.

Malinas, Contusion de la région temporo-sourcilière (coup de cheval); fracture probable du sinus frontal; emphysème de la face, du cou et du thorax avec menace d'asphyxie; trachéotomie; guérison. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 150. Août.

Mangoldt, F. von, Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in d. Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen u. Defekte. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 926.

Martin, C., De la rhinoplastic sur charpente métallique. Revue de Chir. XIX. 8. p. 189.

Meyjes, W. Posthumus, A case of glandula thyreoidea accessoria of the base of the tongue. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Milligan, W., The operative treatment of post-influenzal suppurative mastoiditis. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Montini, A., Sulla trapanazione del cranio nelle fratture, a frammenti depressi ed a tegumenti esterni integri. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Morestin, H., Cancer du frein de la langue et du plancher de la bouche; extirpation par la voie sous-maxillaire. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 576. Juin.

Muck, Bezold'sche Mastoiditis b. Kindern. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 220.

Mugnai, Angiolo, Estirpazione completa del ganglio di Gasser per la nevralgia del trigemino. Policlin. VI. 14. p. 285.

Nadoleczny, M., Ein Endotheliom d. Schläfenbeins. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 126.

O'Brien, Henry L., A fracture of the inferior maxilla. New York med. Record LVI. 5. p. 157. July.

Payr, Erwin, Ueber chron. Ostitis (serosa) am Schädel. Wien. klin. Wchnschr. XII. 37.

Pilcz, Alexander, Die Behandlung d. Hydrocephalus. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 19.

Reuling, George, Self-inflicted wounds in both eyes, both ears, tongue and larynx leading to thrombosis of the sinus transversus. New York med. Record LVI. 11. p. 371. Sept.

Ritter, Carl, Ein eigenartiges Fibrosarkom am Halse. Ein Beitrag zur Kenntniss d. retropharyngealen Tumoren. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 329.

Santi, P. R. W. de, A case of parathyroid tumour causing symptoms of malignant disease of the larynx and oesophagus; removal; recovery. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Sattler, Robert, The ocular and orbital symptoms of lesions of the frontal sinuses. Med. News LXXV. 6. p. 161. Aug.

Scheppegrell, W., Mucocele of the maxillary sinus. New York med. Record LVI. 9. p. 300. Aug.

Schiller, Arnold, Ueber d. Kropfoperationen an d. Heidelberger Klinik in d. JJ. 1888—1898. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 535.

Schoengut, Stefan, Ein operativ geheilter Fall von Hirnsinusthrombose otitischen Ursprungs. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 33.

Schreiter, F., Ueber d. operative u. prothet. Behandlung d. Defekte u. Difformitäten d. äusseren Nase. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. 10. p. 404. 470. Sept., Oct.

Spicer, Scanes, and H. Stansfield Collier, A case of sarcoma of the carotid sheath; removal of the growth together with portions of the carotid arteries, internal, jugular vein, and pneumogastric nerve; recovery. Lancet Aug. 5. p. 342.

Spiess, Gustav, Diagnosis and endonasal treatment of empyema of the frontal sinus. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Tixier, Angine de Ludwig. Lyon méd. XCI. p. 517. Août.

Torresi, Vincenzo, Gravissimo trauma della faccia. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Tscherning, E. A., En ny Metode til at fjerne dybt siddende Farynxcancere med Bevarelse af Larynx. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 828.

Tschudy, Carcinom d. Unterlippe; Excision u. nachherige Visirlappenplastik. Schweiz. Corr.-Bl. XIX. 16. p. 496.

Tubenthal, O., Gehirncyste als Urs. von epilept. Krämpfen; Heilung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Vautrin, A., De la rhinoplastie sur support métallique. Revue de Chir. XIX. 9. p. 278.

Waggett, Ernest, Cerebellar abscess secondary to suppurative otitis media; evacuation; recovery. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Whiting, Fred., Beitrag zum klin. Verlauf u. zur Operationstechnik d. Sinusthrombose. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 185.

Young, Alexander, Remarks upon the operative treatment of infective thrombosis of the sigmoid sinus following chronic purulent otitis media. Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 256. Oct.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bietti. IV. 2. Holsti, Hoppe; 4. Dalla Rosa; 5. Potier; 8. *Basedow'sche Krankheit,* Bikeles; 9. Muck; 11. Hültl. X. *Verletzungen u. Operationen am Auge.* XI. Eichler, Mc Auliffe. XIII. 2. Phillips. XVI. Haag.

b) Wirbelsäule.

Albertin, Ponction de *Quincke* pour traumatisme de la région lombaire. Lyon méd. XCII. p. 196. Oct.

Bacon, E. K., The anatomy and physiology of the erector spinae muscle, and its bearings on spinal curvatures and their treatment. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 373. Aug.

Bradford, E. H., and E. G. Brackett, Correction in lateral curvature. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 12. p. 277. Sept.

Burger, H., Ein Ersatz d. Corsettes. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.

Ewart, William, On the practical aspects of dorsal percussion and in particular of the percussion of the spine. Lancet July 29.

Goldthwait, Joel F., Osteo-arthritis of the spine: spondylitis deformans. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 6. p. 128. Aug.

Goldthwait, Joel E., Pott's paraplegia as affected by the correction of the spinal deformity. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 8. p. 184. Aug.

Hahn, Otto, Ueber d. akute infektiöse Osteomyelitis d. Wirbel. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 176.

Haudek, Max, Die moderne Behandlung d. Spondylitis. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 42. 43.

Heimann, Traumatische oder habituelle Skoliose? Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 285.

Hoffa, A., Die moderne Behandl. d. Spondylitis. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 31—34.

Könitzer, Ein Fall von Spondylitis typhosa. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35.

Moynihan, B. G. A., A case of injury of the spinal cord. Lancet Sept. 23. p. 840.

Pietrzikowski, Eduard, Ein Beitrag zur Casuistik d. Halswirbelverletzungen. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 38. 39.

Putnam, James J., and J. Collins Warren, The surgical treatment of tumors within the spinal canal. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 377. Oct.

Smith, E. Noble, Fracture-dislocation of the spine. Lancet Aug. 19.

Thomas, John Jenks, 2 cases of injury of the cord resulting from fracture of the spine. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 259. Sept.

Truslow, Walter, The class method of gymnastic treatment of lateral curvature of the spine. Med. News LXXV. 9. p. 262. Aug.

Vulpius, Oskar, Die moderne Behandl. d. Spondylitis. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18.

Wieting, J., Zur Anatomie u. Pathologie d. Spina bifida u. Zweitheilung d. Rückenmarks. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 40.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Faber; 7. Bregmann, Kirchgaesser, Müller, Steiner, Valentini; 8. Mann, Thomas. V. 1. Seldowitsch; 2. e. Bauer. VII. Lindfors.

c) Brust, Bauch und Becken.

Achalme et Dambrin, Gastro-entérostomie; mort 15 mois après l'opération; tuberculose pulmonaire. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 676. Juillet.

Åkerman, J., Om den operative Behandling af gangränöse Tarmbrok i Perioden 1890—98. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37. S. 893.

Alessandri, Roberto, Sulla chirurgia delle vie biliari. Policlin. VI. 14. p. 313.

Alxne, J., Ueber Pfählungsverletzungen. Woj.-med. Shurn. 3. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Arcangeli, U., Perchè la laparotomia guarisce la peritoniti tubercolare? Policlin. VI. 17. p. 385.

Arcoleo, Eugenio, Un caso di occlusione intestinale consecutiva ad operazione di ernia strozzata; laparotomia; excisione di briglia. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Audet, Du traitement par la laparotomie des perforations intestinales d'origine typhoïdique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 131. Août.

Audion, P., et H. Bourgeois, 7 cas d'empyème de nécessité chez l'enfant. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 385. Sept.

Auvray, Note sur le traitement des fistules biliaires consécutives aux plaies du foie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 594. Juin.

Auvray, Perforation du col de la vésicule biliaire; péritonite purulente généralisée; laparotomie; mort. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 771. Juillet.

Barbarin, P., Prolapsus du rectum avec hédrocèle. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 757. Juillet.

Bauer, F., a) Tuberkulos i coecum; totalexstirpation; helsa. — b) Tumör i ljumsken simulerande inklämdt bråk. Hygiea LXI. 8. s. 153. 167.

Beck, Carl, A new operation for inguinal hernia. Med. News LXXV. 12. p. 359. Sept.

Berger, Paul, Imperforation du rectum et du vagin; abouchement anormal du rectum à la fourchette; restauration de l'orifice anal; plus tard rétention menstruell et hématocolpos; rétablissement du conduit vaginal. Revue de Chir. XIX. 8. p. 133.

Bergh, C. A., a) Vulnus ictum abdominis lateris dextri cum prolapsu et laesione intestinorum; tarmsöm; reposition af tarmar; helsa. — b) Vulnera sclopetaria abdominis cum laesione costarum lateris dextri et cum perforatione pleurae dextrae. Hygiea LXI. 9. s. 297. 299.

Bidwell, Leonard A., Operations in gastric ulcer. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 251. Sept.

Bloodgood, Jos. C., Operations on 459 cases of hernia in the Johns Hopkins hospital from June 1889 to January 1899. The special consideration of 268 cases operated on by the *Halsted* method, and the transplantation of the rectus muscle in certain cases of inguinal hernia in which the conjoined tendon is obliterated. Johns Hopkins Hosp. Rep. VII. 5—9. p. 223.

Boinet, Ed., et Ed. Delanglade, Résection d'un diverticule de Meckel atteint de perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde. Arch. gén. N. S. II. 4. p. 476. Oct.

Boon, A., Een geval van ruptura lienis. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 349.

Borchgrevinck, C., Peritonäaltuberkulosens Helbredelighed. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 35. S. 851.

Borchgrevinck, Tarmstenose som Fölge af Brok. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37. S. 896.

Borelius, J., Leverkirurgi. Hosp.-Tid. 4. R. III. 34. S. 826.

Braatz, Egbert, Beckenstütze. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 31. p. 869.

Braun, Ludwig, Ueber Herzchirurgie. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 20.

Broman, J., Ett fall af hernia diaphragmatica vera. Hygiea LXI. 8. s. 257.

Büngner, O. von, Ueber d. Tuberkulose d. Symphysis ossium pubis. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 892.

Cantlie, James, Suprahepatic abscess. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Carle, Tuberculose mammaire. Gaz. hebd. XLVI. 77.

Carlson, Barthold, Tre fall af resektion å groftarmen för kräfta. Hygiea LXI. 8. s. 173.

Carlson, Barthold, Ytterligare bidrag till den diffusa variga peritonitens behandling. Hygiea LXI. 8. s. 180.

Castan, Imperforation anale; opération par la voie postérieure; guérison. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 401. Sept.

Coley, William B., The radical cure of hernia. Med. News LXXV. 10. p. 289. Sept.

Cornil, V., et E. Schwartz, Sur une tumeur du sein encapsulée, à caractères cliniques bénins chez une femme de 75 ans. Revue de Chir. XIX. 10. p. 451.

Courcoux, Plaie du poumon et du coeur. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 746. Juillet.

Couture, P., A propos d'une tumeur du rectum. Belg. méd. VI. 42. p. 481.

Cushing, Remarks upon a case of jejunal fistula. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 136.

Cushing, Hayward W., The right-angle continuous intestinal sutures. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 3. p. 57. July.

Czerny, Vincenz, Zur Pathologie u. Behandlung d. Wurmfortsatzentzündung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Czerny, Vincenz, Ueber d. Entstehung u. Behandlung der nach dem Bauchschnitte vorkommenden Narbenbrüche. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 10. p. 448.

Deganello, Umberto, Il ricambio materiale dell'azoto e la digestione gastrica nelle persone operate de gastroenterostomia. Rif. med. XV. 216. 218.

Delanglade, Hernies ombilicales du nouveau-né et de l'enfant. Revue d'Obstétr. XII. p. 257. Sept.

Demandre, Contusion de l'abdomen par coup de pied du mulet; perforation intestinale secondaire; mort le 40me jour. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXI. 9. p. 216. Sept.

Dembowski, Th. v., Zur Amputation des Mastdarmvorfalls. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 39.

Dembowski, Th. v., Zur Drainage d. Gallenwege. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 40.

Discussion on the treatment of hernia in children. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Dodd, William S., Empyema saculated between the heart and the lung. New York med. Record LVI. 15. p. 515.

Dorf, S., Ein Fall von perforirenden Verletzungen d. Magens u. d. Duodenum nebst Einrissen d. Leber. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 9. p. 288.

Earle, Edw. R. C., A case of acute intestinal obstruction; laparotomy; recovery. Lancet July 29.

Eberle, A., Punktionsdrainage b. Pleuraempyem. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16.

Edge, Fred, A case of fistula in ano treated by subcutaneous excision. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 851.

von Eiselsberg, Ueber Magen- u. Duodenalblutungen nach Operationen. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 837.

Ekehorn, G., Nogle Erfaringer om Behandlingen af Empyema pleurae. Hosp,-Tid. 4. R. VII. 34. S. 827.

Ferguson, Frank C., The surgical treatment of gall stones. New York med. Record LVI. 15. p. 503. Oct.

Fitz, Reginald H., The relation of idiopathic dilatation of the colon to phantom tumor and the appropriate treatment of suitable cases of these affections by resection of the sigmoid flexure. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 125. Aug.

Fürbringer, P., Zur Punktionstherapie d. serösen Pleuritis. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 337.

Galin, Ueber Brüche in d. Leistengegend künstl. traumat. Ursprungs. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 104.

Géraud, Kyste hydatique du mésentère; marsupialisation. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 221. Sept.

Goullioud, Hypertrophie de l'intestin au-dessus d'un rétrécissement consécutif à une hernie réduite. Lyon méd. XCII. p. 170. Oct.

Hahn, Eugen, Ueber Pneumatosis cystoides intestinorum hominis u. einen durch Laparotomie behandelten Fall. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40.

Hahn, Ueber Leberverletzungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. Beil.

Hahn, Florian, 2 Fälle von Verletzungen des Magendarmtractus. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 33.

Hansson, Anders, Ileus; 2 anfall; 2 laparotomier; helsa. Hygiea LXI. 9. s. 304.

Happel, Ein Fall von zweimaliger Perforationsperitonitis. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 17. p. 579.

Harrington, Francis B., Hernia following operations for appendicitis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 5. p. 105. Aug.

Heaton, George, A successful case of splenectomy for rupture. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Heffenger, A. C., Hemostasis in intrapelvic surgery. New York med. Record LVI. p. 114. July.

Herczel, Em., Beitrag zur operativen Behandlung d. Pylorusstrikturen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 38.

Herzfeld, Julius, Zur chirurg. Behandlung d. tuberkulösen Bauchfellentzündung. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 184.

Herzfeld, Gallensteinileus. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 38. Beil.

Herzfeld, Geheilte Schussverletzung d. Magens; subphren. Abscess. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39. Beil.

Hildebrand, Les causes de la guérison de la laparotomie. Gaz. hebd. XLVI. 61.

Hill, L. L., Hernia of the vermiform appendix. New York med. Record LVI. 9. p. 303. Aug.

Hippel, Richard v., Ein Fall von doppelter Invaginatio intestini. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Johnson, J. L., Hernia and its operative treatment. Amer. Pract. and News XXVIII. 4. p. 126. Aug.

Kaarsberg, J., 2 Tilfälde af Dermoidsvulster paa Peritonäum. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 924.

Kaijser, Fritz, Fem fall af gastro-enterostomia antecolica anterior enl. *Roux.* Hygiea LXI. 9. s. 285.

Karewski, F.. Ueber primären retroperitonäalen Bauch-Echinococcus. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Kay, Thomas, A case of abdominal section for acute intestinal obstruction. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 198. Sept.

Kermauner, Fritz, Ein Alveolarsarkom des Kreuzbeins. Wien. klin. Wchnschr. XII. 38.

Kidd, H. Cameron, A case of strangulated inguinal hernia in an infant aged 3 months; radical cure; recovery. Lancet Oct. 14. p. 1016.

Killian, Otto, Ueber Hernien u. d. Indikationsstellung zur Operation. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 7. p. 315. Juli.

Kissel, A. A., Zur Behandl. d. eitrigen Pleuritiden b. Kindern nach d. Methode Prof. *Lewaschew's.* Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 51.

Klien, R., Die prothet. u. operative Behandlung d. Nabel- u. Bauchbrüche Erwachsener (mit Bezugnahme auf d. Bauchnaht). Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 357.

Kocher, Theodor, Die Taxation eines Unfallbruches. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 17.

Kocher, Theodor, Totalexstirpation d. Magens mit Darmresektion combinirt. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Koeppelin, Plaies par armes à feu du thorax; expectation; guérison. Lyon méd. XCI. p. 449. Juillet.

Koeppelin, Cholécystotomie. Lyon méd. XCI. p. 486. Août.

Koeppelin, Cancer du cardia; gastrostomie par un procédé spécial. Lyon méd. XCII. p. 19. Sept.

Körte, W., a) Operativ behandelte Peritonitis. — b) Magenresektion. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39. Beil.

Kolbe. Ein seltener Fall von innerer Verletzung d. Brusthöhle. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 34.

Kozlowsky, B., Abnorme Bauchfellfalten u. ein Fall von Hernia interna retrovesicalis incarcerata. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 191.

Krabbel, Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner Zerreissung des Organs. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Krogius, Ali, Ein Fall von multiplen stenosirenden Darmtumoren tuberkulöser Natur; dreifache Darmresektion mit glücklichem Ausgange. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 613.

Krogius, Ali, Casuist. Beitrag zur Kenntniss d. Dermoidcysten d. Beckenbindegewebes. Arch. f. klin. Chir. LXI. 1. p. 48.

Krogius, Ali, Om den kirurgiske Behandling af de fra Processus vermiformis udgaaende diffuse purulente Peritoniter. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37. S. 896.

Lambret, L'ablation du cancer [de l'estomac]. Echo méd. III. 35.

Le Goïc, Crises appendicitiformes survenues après l'opération. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 317. Oct.

le Maire, M., Zur Behandlung d. Papilla fissurata. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 32.

Lennander, K. G., Ueber Ausräumung d. Lymphdrüsen in d. Leiste u. längs d. Vasa iliaca u. d. Vasa obturatoria in einer Operation. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 37.

Lereboullet, P., Cancer du rectum; noyeau secondaire de la peau. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 542. Juin.

Letulle, Maurice, Rupture du côlon ascendant par diastasis; examen microscopique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 588. Juin.

Letulle, Kyste chyleux du mésentère. Presse méd. VII. 59.

Liermann, W., Vaginale Mastdarmoperationen. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 89.

Lilienthal, Howard, Constricting adenoma of the hepatic flexure; recovery after extensive resection of the colon. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 227.

Lindfors, O. A., Till mamillarsvulsternas kasuistik. Eira XXIII. 18.

Lindström, Erik, a) Fall af gallstensileus. — b) Cancer pylori; gastroenterostomia. — c) Stenosis pylori cum dilatatione ventriculi (ulcus); gastroenterostomia. — d) Tre fall af tuberkulös peritonit; laparotomi. Hygiea LXI. 9. s. 266. 267. 268. 270.

Livingstone, T. Hillhouse, Strangulated inguinal Richters hernia with hydrocele of the sac. Lancet Oct. 7.

Luys, Georges, Perforations du colon ascendant au cours d'une occlusion intestinale chronique par cancer de l'S iliaque. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 585. Juin.

Maasland, H., Bijdrage tot de behandeling van in den darm doorgebroken leverabscessen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 275.

Macartney, Duncan, A case of hydrocele of the sac of a femoral hernia. Lancet Sept. 9.

Mc Cormack, A. T., The closure of the abdominal section after laparotomy. Amer. Pract. and News XVIII. 3. p. 81. Aug.

Maiss, E., Zur Plastik nach Amputation einer carcinomatösen Mamma. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

Malbot, Henry, Les abcès du foie en Algérie, et particulièrement leur traitement avec un nouveau mode de fixation pariétale du foie. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 173. Août.

Mandl, Jakob, Ein Fall von Einklemmung eines plötzlich entstandenen rechtseit. Leistenbruchs. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 37.

Manges, Morris, Acute pancreatitis; disseminated fat necrosis of omentum and peritoneum; laparotomy; recovery. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 69.

Manges, Morris, Multiple carcinosis of bones secondary to carcinoma of breast. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 84.

Marcussen, E., Et tilfälde af ulcera ventriculi og sammes fölgetilstande, behandlet med gastro-jejunostomi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. S. 1049.

Martin, James S., A foreign body in the rectum. Lancet July 29. p. 278.

Maunsell, Charles B., 2 vascular tumours of abdominal wall. Dubl. Journ. CVIII. p. 286. Oct.

Maydl, Ueber operative Heilung d. Magenkrebses auf Grund von 25 radikal operirten Fällen. Wien. klin. Rundschau XIII. 38.

Maylard, A. E., Case of gastrorrhaphy for dilated stomach. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 131. Aug.

Ménier, Fracture du petit bassin avec diastasis des symphyses sacro-iliaques. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 582. Juin.

Mériel, Recherche extemporanée des trous sacrés postérieurs au point de vue chirurgical. Revue de Chir. XIX. 8. p. 204.

Morestin, H., Adénite para-inguinale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 742. Juillet.

Morisani, Domenico, Ueber einen neuen operativen Invaginationsprocess b. geradlinigen Darmanastomosen. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 32.

Morison, Rutherford, Pyloroplasty. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 140. Aug.

Mühsam, Rich., Beiträge zur Differentialdiagnose d. Appendicitis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Munro, John C., Empyema from a surgical standpoint. Med. News LXXV. 10. p. 301. Sept.

Murfree, J. B., Penetrating wounds of the chest. Medicine V. 10. p. 801. Oct.

Nash, J., Accident rupture of the smaal intestine. Dubl. Journ. CVIII. p. 135. Aug.

Neumann, Alfred, Ueber d. im Krankenhause Friedrichshain von 1880—1898 beobachteten Pfählungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33.

Nicolaysen, Johan, Efterundersögelser om Virkningen af kirurgiske Indgreb ved Mavesaar. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 921.

Niebergall, Ueber d. Begriff d. erweiterten äusseren Leistenrings. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 483.

O'Connor, John, Acquired oblique inguinal hernia. Lancet Aug. 26.

O'Connor, John, Appendicitis. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 186. Sept.

Olshausen, R., Ueber Bauchwandtumoren, spec. über Desmoide. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 271.

Olssen, Oskar E., a) Cholecystitis acuta; peritonitis sero-purulenta, abscessus subphrenicus et pleuritis exsudativa dextra. — b) Volvulus et gangraena coeci et coli ascendentis. — c) Hernia inguinalis dextra et volvulus mesenterii cum gangraena intestini. — d) Reduction en masse af en hernia inguinalis incarcerata. Hygiea LXI. 9. s. 273. 280—282.

Pagenstecher, Durch d. Naht geheilte Wunde des linken Ventrikels, ein Beitrag zur Herzchirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Pagenstecher, Ernst, Die chirurg. Behandl. des Duodenalgeschwürs. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 541.

Parry, T. Wilson, A case of herniotomy in a

septuagenarian following immediately on an attack of hypostatic pneumonia. Lancet July 29. p. 278.

Pech, Contusions de l'abdomen par coup de pied du cheval. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 204. Sept.

Perman, E. S., Operativ Behandling af Pylorusstenosen. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. s. 922.

Pernitza, E., Perforirender Bauchschuss; Laparotomie; Heilung. Wien. klin. Wchnschr. XII. 36.

Petersen. Walther, Ueber d. chirurg. Behandlung gutartiger Magenkrankheiten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 397.

Power, D'Arcy, A case of strangulated inguinal hernia in an infant aged 10½ months; operation; recovery. Lancet Sept. 30. p. 889.

Powers, Charles A., Wound of the urinary tract during an operation for acute appendicitis; spontaneous closure of the urinary fistula. Med. News LXXV. 14. p. 427. Sept.

Prins, K., De uitzetting der long na de empyeemoperatie. Nederl. Weekbl. II. 7.

Prutz, W., Mittheilungen über Ileus. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 323.

Ramoino, G. P., Rara forma di occlusione temporanea del piloro. Gazz. degli Osped. XX. 91.

Rehn, Darmverstopfung durch eine Mullcompresse. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 296.

Rehn, Gallenstein-Ileus. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 305.

Reid, A case of volvulus of the small intestine; laparotomy; recovery. Lancet Sept. 30.

Renvers, Uéber Blinddarmerkrankung. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 290.

Revillod, L., Modes de guérison de l'appendicite. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 539. Août.

Riedel, Ueber d. sogen. Frühoperation b. Appendicitis purulenta, resp. gangraenosa. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 33. 34.

Riemsdijk, A van, De diagnose van holten in de long met het oog op de indicatie tot pneumotomie. Nederl. Weekbl. II. 15.

Riese, H., Ueber einen durch Laparotomie geheilten Fall von Hernia ileocoecalis incarcerata. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 92.

Rol, Giuseppe, e Domenico Pomara, A proposito di una ferita del polmone. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Rovsing, Thorkild, Et Tilfälde af medfödt timeglasformet Ventrikel, helbredet ved Gastroplastik. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 32.

Rovsing, Thorkild, Om Gastroptosen og dens operative Behandling. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 35.

Rutkowski, Max, Zur Technik d. Gastroenterostomie. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 39.

Savariaud, Coexistance sur le même sujet d'une hernie de la fosse iliaque, de 2 hernies obturatrices et d'une hernie crurale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 573. Juin.

Scharlau, Barnim, 6 cases of chronic empyema operated after *Delorme's* method. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 105.

Scheer, W. J. van der, Perforeerende buikwond met darmprolaps. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 4. blz. 489.

Schiller, Karl, Kirurgisk kasuistik från länslassarettet i Falköping unter år 1898. [Några operationer för godartade ventrikelåkommor.] Upsala läkarefören. förhandl. N. S. IV. 8 o. 9. s. 572.

Schou, Jens, Den moderne Ventrikelkirurgi. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 42.

Schrapf, Hernie inguino-vaginale étranglée avec sac propéritonéal; kélotomie; mort. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 226. Sept.

Schrötter, Hermann von, Zur Kenntniss der Gasabscesse der Bauchwand. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 30. — Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 374.

Schuchardt, Karl, Ueber d. Exstirpation d. krebs. Mastdarms u. d. Flexura sigmoidea. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 34.

Schwarz, Exstirpation eines um seine Achse mehrfach gedrehten Milztumors. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 31.

Seeligmann, Ludwig, Ueber d. Drainage nach Laparotomien mit schweren Complikationen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Segàle, G. B., Resezione intestinale ed enteroanastomosi in estirpazione di tumore del mesenterio ed in ernia entero-epiploica gangrenata. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Sengensse, B., Appendicite aiguë avec abcès enkysté du péritoine chez un enfant de 11 ans. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 8. p. 126. Août.

Sherill, George, Bullet wounds of intestine; operation; recovery. New York med. News LVI. 15. p. 518. Oct.

Sikora, Pierre, Les perforations mécaniques du gros intestin. Gaz. des Hôp. 99.

Simon, Otto, Ein Fall von rechtseit. Chylothorax u. Lymphangiektasie am linken Bein. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 224.

Skultecki, Ernesto, La distrazione sacro-iliaca. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Smith, Henry, A case of strangulated right inguinal and scrotal hernia; laparotomy; recovery. Lancet Aug. 5. p. 341.

Smith, Stanley Kellett, Hernia and civilisation. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 751.

Snegnireff, V., 1001 laparotomies; autoplastie dans les opérations abdominales. Revue de Chir. XIX. 9. p. 249.

Snow, Herbert, Large intra-cystic mammary sarcoma removed by operation. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 157. Aug.

Sörensen, Ueber einige Fälle von stenosirenden Darmcarcinomen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42. Beil.

Sommer, H. Otto, An abdomino-sacral method for the removed of rectal carcinoma. New York med. Record LVI. 7. p. 217. Aug.

Staplu, D., Angebornes Fehlen d. Anus; plast. Operation u. Ersatz d. Sphinkters mit Hülfe d. Glutäalmuskeln. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 36.

Steele, E. A. T., A case of strangulated inguinal hernia, of coecum and vermiform appendix, in a child 6 weeks old, successfully treated by operation. Lancet July 29. p. 279.

Steinthal, Ueber einige Indikationen zum chirurg. Eingreifen b. d. Gallensteinkrankheit. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 33. 34.

Ström, H., Om Resultaterne af 50 Operationer for Galdesten. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 826.

Sturrock, Charles A., An operation for the radical cure for hernia. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 353. Oct.

Sudeck, P., Ueber d. Behandlung des nicht tuberkulösen Totalempyems mit d. *Schede'*schen Thoraxresektion. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 111.

Sultan, G., Ueber resorbirbare Darmknöpfe. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 848.

Symonds, Horatio P., 6 cases of operation for appendicitis. Lancet July 29.

Terrier, Félix, et Marcel Baudouin, Des divers procédés d'occlusion du tube digestif. Revue de Chir. XIX. 10. p. 369.

Theilhaber, A., Die operative Behandl. d. tuberkulösen Peritonitis. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 314.

Thomson, G. Ritchie, Case of intestinal ob-

struction; volvulus and internal hernia, successfully operated on. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 123. Aug.

Thomson, Robert, Case of ruptured gastric ulcer; recovery. Lancet Aug. 19.

Trendelenburg, F., Ueb. Milzexstirpation wegen Zerreissung d. Milz durch stumpfe Gewalt u. über d. Laparotomie b. schweren Bauchcontusionen überhaupt. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 41.

Trzebicki, Rudolf, Zur Radikaloperation der Leistenbrüche nach *Kocher*. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 38.

Trzebicki, Rudolf, Zur Gastroenterostomie nach *Podres*. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 39. p. 1072.

Tuffier, Calcul de l'uretère ou de l'appendice. Semaine méd. XIX. 34.

Vallas, La laparotomie dans le traitement de la péritonite aiguë. Lyon méd. XCI. p. 451. Juillet.

Vanverts, J.. De la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus, en particulier par le procédé de *Villar*. Echo méd. du Nord III. 43.

Villard, Pylorectomie et gastrectomie. Lyon méd. XCII. p. 169. Oct.

Walker, Frank B., Sutural closure of visceral wounds. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 332. July.

Wehr, Victor, Ueber eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Blosslegung d. Herzens. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 948.

Wehr, Victor, Ueber Herznaht u. Herzwandresektion. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 953.

Weiller, L., Un cas d'absence congénitale de l'anus. Presse méd. VII. 71.

Wörner, Beobachtungen aus der Abdominalchirurgie. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 36.

Wörner, Moderne Bruchoperationen. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 37—39.

Wunderlich, Otto, Ueber d. Misserfolge d. operativen Behandl. d. Bauchfelltuberkulose. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 216.

Wyman. Hal C., Gall-stone surgery. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 318. July.

Zondek, M., Beitrag zur Lehre von den Blasenhernien. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 584.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Auvray, Deguy, Katzenstein, Krogius. IV. 2. Maurange; 4. Bluckett, Boas; 5. Bernard; 12. Abée. V. 2. a. Hofmann. VI. *Operationen an d. weibl. Genitalien,* Duehrssen. VII. *Geburtshülfl. Operationen.* XIII. 2. Batsch, Gastinel. XVI. Stern, Stucki.

d) Harnorgane und männl. Geschlechtsorgane.

Adenot, Myome de la prostate; prostatectomie. Lyon méd. XCI. p. 556. Août.

Åkerblom, W., Den operative Behandling af Ectopia testis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 821. V. a. 38. S. 925.

Albertin, Résection bilatérale de la branche périnéale du nerf honteux interne dans la cystite douloureuse. Lyon méd. XCII. p. 230. Oct.

Annequin, Considérations sur le varicocèle et sur sa cure chirurgicale par un nouveau procédé de simple résection bilatérale du scrotum. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. 9. p. 89. 177. Août, Sept.

Auché et W. Binaud, Sur un cas de leucokératose du gland et d'épithélioma du prépuce. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 34. p. 299. Oct. 10.

Auvray, Anurie d'origine calculeuse; destruction du rein du côté opposé à l'oblitération urétérale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 597. Juin.

Auvray et Pascal, Epithéliome du fourreau de la verge; extirpation du fourreau; conservation du gland et des corps caverneux; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 646. Juin.

Barbiani, Guido, Il lavaggio della vescica urinaria in rapporto all'assoribimento. Rif. med. XV. 186.

Baudet, R., De l'ablation de la prostate hypertrophiée par la voie périnéale. Gaz. hebd. XLVI. 63.

Bell, Walter L., A case of abdominal nephrectomy for renal calculus. Brit. med. Journ. July 29.

Benjamin, Maxwell, Ritual circumcision. New York med. Record LVI. 11. p. 394. Sept.

Berg, J., Bidrag til Spörgsmaalet om Ureters Behandling ved Operation for Nyretuberkulose. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 923.

Bergh, C. A., Ren mobilis et hydronephrosis intermittens; nephrorrhaphia; helsa. Hygiea LXI. 9. s. 298.

Beuttner, Oscar, Nouveaux instruments dans la domaine de l'urologie. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 535. Août.

Boari, Achille, La uretero-cisto-neostomia (ossia l'innesto dell'uretero sulla vescica). Policlin. VI. 14. p. 289.

Brackel, A. von, Ein Fall von solitärer Nierencyste. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 250. Chir. 75.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 12 S. 75 Pf.

Branth, J. H., Demonstration of 2 cases of exstrophy of the bladder, with suggestion for a new operation. New York med. Record LVI. 12. p. 408. Sept.

Cabot, Follen, The neglect of sexual symptoms in the treatment of the male genito-urinary organs. New York med. Record LVI. 14. p. 471. Sept.

Castellana, Giuseppe, Tubercolosi cronicamassiva ematogena del rene destro; nefrectomia. Rif. med. XVII. 201. 202.

Castellano, Giuseppe, Uretroplastica e chiusura dell' orifizio vaginale in un caso d'ipospadia perineale con criptorchidia e vagina rudimentale bifida. Rif. med. XV. 212—215.

Cerné, A., De la fabrication des cathéters souples. Presse méd. VII. 59.

Clark, A. Campbell, and Henry E. Clark, Neurectomy a preventive of masturbation. Lancet Sept. 23.

Cropper, J., Suprapubic drainage in perineal fistula. Lancet Aug. 5. p. 341.

Deanesly, Edward, Remarks on the treatment of impermeable stricture of the urethra by excision of the strictured segment and suture of the divided ends. Brit. med. Journ. July 29.

Desnos, E., Sur un cas de résection de la prostate. Presse méd. VII. 73.

D'Urso, Gaspare, ed Achille De Fabii, Chirurgia dell'uretere. Ricerche sperimentali. Nota preventiva. Suppl. al Policlin. V. 40. p. 1249.

Elliott, W. M., A case of elephantiasis scroti complicated by a large hernia; operation; recovery. Lancet Sept. 23.

Englisch, Jos., Ueber Periurethritis. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 64 S. — Wien. med. Presse XL. 20—25. 27. 29—32.

Fagan, Pathological conditions of the tunica vaginalis testis. Dubl. Journ. CVIII. p. 286. Oct.

Floderus, Björn, Njurtuberkulosens radikalbehandling. Hygiea LXI. 7. s. 1.

Fluhrer, William F., Statistics of the genito-urinary department. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 232.

Fluhrer, William F., 3 cases of prostatectomy. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 232.

Fossard, Calcul du bassinet et des calices. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 643. Juin.

Frisch, A. von, Die Krankheiten d. Prostata. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Hermann Nothnagel.* XIX. Bd., II. Theil, 3. Heft.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. VII u. 259 S. 5 Mk. 20 Pf.

Garrel, Alexis, Cystostomie sus-pubienne pour septicémie urinaire des plus graves, d'origine prostatique; guérison. Gaz. des Hôp. 95.

Goldberg, B., Tumor vesicae urinariae et Strictura callosa congenita (?) praeputiobalanourethralis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Goldberg, B., Zur Technik d. örtl. Harnröhren-

behandlung mit Flüssigkeiten. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Gübbenet, W., Zur Casuistik d. Nierenchirurgie. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Guépin, A., Prostatites et hypertrophie sénile de la prostate. Gaz. des Hôp. 116.

Guitéras, Ramon, A report of 12 cases of prostatic hypertrophy benefited by the *Bottini* operation. New York med. Record LVI. 5. p. 115. July.

Hahn, A., Blasenstein um Fremdkörper. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 63.

Harrison, Reginald, On some structural varieties of the enlarged prostate, relative to its treatment. Lancet Aug. 5.

Herring, Herbert T., An effective treatment of vesical haemorrhage when caused by papillomatous growths. Brit. med. Journ. July 29.

Hill, L. L., Retention of the testicles. Med. News LXXV. 7. p. 202. Aug.

Kaijser, Fritz, Tumor renis; nephrectomia. Hygiea LXI. 9. s. 296.

Kalabin, J., Zur Frage d. Implantation d. Ureteren. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Kapsammer, Georg, Ueber primäre Prostatatuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. XII. 42.

Kelynack, T. N., The pathology of renal tumours. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 233. Sept.

Kennan, Richard H., Note on a case of obliteration of the male urethra. Brit. med. Journ. July 29.

Kornfeld, H., Zurücktreten der Hoden in die Bauchhöhle durch Verletzung. Memorabilien XLII. 6. p. 321.

Krahn, Ueber einen Fall von sekundärer Hydronephrose in Folge von Blasenpapillom. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Krogius, A., Om kronisk Prostatit og Bakteriuri. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 33. S. 809.

Loch, Heinrich, Harnröhrencapacität u. Tripperspritzen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Longuet, L., Un cas de thrombophlébite du cordon, traité par la phlébectomie. Presse méd. VII. 75.

Lotheissen, Georg, Ueb. Uretertransplantation. Wien. klin. Wchnschr. XII. 36.

Loumeau, E., Fragment de bougie en gomme élastique resté dans la vessie; facile extraction par les voies naturelles. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 7. p. 109. Juillet.

Loumeau, E., Sur 2 cas de tumeurs de la vessie enlevées par la taille hypogastrique. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 9. p. 129. Sept.

Maclaren, Murray, Extraction of ligatures from the bladder. Brit. med. Journ. July 29.

Marcille, Un cas d'anurie calculeuse. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 600. Juin.

Martin, A., Zur Ureterenchirurgie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 446.

Miller, Albert, The evils of ritual practice of circumcision. New York med. Record LVI. 9. p. 302. Aug.

Newman, Robert, *Bottini's* operation and other treatment of the enlarged prostate. Med. News LXXV. 13. p. 397. Sept.

Nicoll, J. H., Vesical calculi removed by lithotomy from prostatic patients, aged 78, 80 and 85 respectively. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 202. Sept.

Noguès, Paul, u. Melville Wassermann, Ueber einen Fall von Infektion d. hintern Harnröhre u. d. Prostata durch eine besondere Mikroorganismenform. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Nuesse, Die Endresultate operativer Verfahren b. Ectopia vesicae. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Pel, P. K., Anuria calculosa. Nederl. Weekbl. II. 8.

Petit, Jean, et Prosper Merklen, Gangrènes des organes génitaux externes de l'homme. Gaz. des Hôp. 91.

Platow, L'épididymo-funiculectomie; de sa valeur dans le traitement de la tuberculose testiculaire. Presse méd. VII. 71.

Reach, D., Ueber d. Aetiologie d. Cystitis. Ungar. med. Presse IV. 34 u. 35.

Reynolds, Edward, Tuberculosis of the kidney as an indication for nephrectomy. Med. News LXXV. 7. p. 199. Aug.

Rochet, Procédé nouveau pour la restauration de l'urèthre dans l'hypospadie. Lyon méd. XCII. p. 24. Sept.

Rovsing, Th., Skyggesider ved *Bottini's* Operation for Prostatahypertrofi. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 33. S. 809.

Rovsing, Th., Exstirpation af Epididymis ved Tuberkulose. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 822.

Schön, Theodor, Ein altes Recept gegen d. Stein. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 41.

Smyth, R. Milner, Virility of cryptorchids. Lancet Sept. 16. p. 785.

Stinson, J. Coplin, Nephrorrhaphy and stripping of the appendix through a lumbarincision for right floating kidney and painful appendix. New York med. Record LVI. 13. p. 444. Sept.

Stratz, C. H., u. R. de Josselin de Jong, Nephrektomie wegen Nierengeschwulst. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 175.

Summers, John H., Nephro-ureterectomy for traumatic haemato-hydro-nephro-ureterosis. New York med. Record LVI. 5. p. 156. July.

Tappey, Ernest T., Ureteral fistula. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 368. Aug.

Tschudy, a) Nierentuberkulose; Nephrektomie. — b) Beidseitige grosse Nierenbeckensteine; Nephrotomie. Schweiz. Corr.-Bl. XIX. 16. p. 499. 500.

Tuffier, Th., Les varicocèles et leur traitement. Presse méd. VII. 75.

Twarjanowitsch, J., Ein Fall eines Urethralsteines. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Vaccari, L., 2 casi di rottura traumatica dell'uretra perineo-bulbare. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Vandenbossche, De l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale. Gaz. des Hôp. 115. 116.

Vetlesen, H. J., Endel tilfälde af enuresis diurna med bemerkninger om aarsagsforholde og behandling. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 10. S. 1291.

Watten, Zur operativen Behandlung d. Eichelhypospadie. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 38.

Webber, H. W., and H. A. Duffett, Unilateral castration for prostatic enlargement in a man aged 87 years; atrophy of the prostate. Lancet Aug. 2.

Wolff, Richard, Die bösartigen Geschwülste d. Prostata, insbes. über d. Carcinome derselben. Deutsche Ztschr. f. Chir. LIII. 1 u. 2. p. 126.

Wuhrmann, F., Beitrag zur Pathologie u. Diagnose d. Ren mobilis. Deutsche Ztschr. f. Chir. LIII. 1 u. 2. p. 197.

S. a. I. Vertun. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Mc Weeny, Maximow, Munch, Stoerk. IV. 2. Audard; 5. Rosenbach; 10. Ciauri; 11. Werler, Zeissl. V. 2. c. Powers, Tuffier, Zondek. VI. Amann, Kauffmann, Maiss, Sacquépée, Smithson, Vallas. VIII. Ausset. IX. Faucher. XIII. 2. Bettmann, Mesnard.

e) Extremitäten.

Auvray, Fractures multiples d'une omoplate; expériences cadavériques relatives aux fractures de l'omoplate. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 699. Juillet.

Batut, Fractures compliquées de la jambe. Lyon méd. XCII. p. 96. Sept.

Bauer, F., Luxation af peroneussenorna samt dubbelsidig supramalleolarfraktur; reposition af senorna efter incision. Hygiea LXI. 8. s. 164.

Bauer, F., Ischias scoliotica, behandlad med blodig tänjning af nervus ischiadicus; helsa. Hygiea LXI. 8. s. 171.

Bennet, Dislocation of the metatarsus on the tarsus. Dubl. Journ. CVIII. p. 284. Oct.

Berger, P., Fractures du corps du femur. Presse méd. VII. 60.

Biagi, Nello, e Jader Bruchi, Di un nuovo metodo di cura delle varici degli arti inferiori. Supplem. al Policlin. V. 42. p. 1313.

Bier, August, Operationstechnik f. tragfähige Amputationsstümpfe. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 35.

Borchardt, M., Sarcoma ossium pedis. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 909.

Brooks jr., W. A., Operations in the treatment of palmar abscess. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 6. p. 133. Aug.

Bruck, Felix, Gummiluftkissen f. Krampfaderschmerzen. Aerztl. Polytechn. 9.

Brunner, Alfred, Beitrag zur Behandl. d. Unterschenkelgeschwüre. Wien. med. Presse XL. 38.

Calot, Peut-on guérir les tumeurs blanches en conservant la mobilité des articulations. Presse med. VII. 77.

Carrel-Ballard, Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Lyon méd. XCI. p. 557. Août.

Cavazzani, Tito, Ein neues Verfahren f. d. Resektion d. Ellbogengelenks. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 42.

Cipriani, A. G., Ein sehr prakt. Verfahren zur Heilung d. Unterschenkelgeschwürs. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 436.

Clarke, J. Jackson, An operation for hammertoe. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1009.

Courtney, J. E., A case of complete external dislocation of the patellae. New York med. Record LVI. 5. p. 160. July.

Croly, Henry Gray, Chronic (circumscribed) abscess in tibia. Dubl. Journ. CVIII. p. 140. Aug.

Croly, Henry Gray, Dislocations and fractures of the astragalus. Dubl. Journ. CVIII. p. 241. Oct.

Delbet, Paul, Fracture intra-capsulaire du col fémoral. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 719. Juillet.

Delore, Xavier, Note sur un botryomycome occupant le bord cubital de la main droite. Gaz. hebd. XLVI. 72.

Delore, Xavier, De la voûte du pied au point de vue de l'anatomie, de la race, de l'art et de son aplatissement. Lyon méd. XCII. p. 223. Oct.

Descos, Rétraction cicatricielle de l'avant-bras. Lyon méd. XCII. p. 167. Oct.

Destot, Fractures spontanées des métatarsiens. Lyon méd. XCI. p. 482. Août.

Duplay, Synovite chronique des gaînes des tendons fléchisseurs; kyste à grains riziformes du poignet et de la main. Presse méd. VII. 81.

Ebert, Zur Behandlung mit *Volkmann*'schen Extensionsverbänden. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. Beil.

Elmgren, Aug., Ett fall af Luxatio claviculae supra-acromialis completa behandladt med operation. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 9. s. 1057.

Féré, Ch., Note sur la rétraction de l'aponévrose plantaire. Revue de Chir. XIX. 9. p. 272.

Forssel, W., Behandling af den akute Suppuration i Haandens volare Seneskeder. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 925.

Gangolphe, Ostéomyélite infectieuse de la diaphyse de l'humérus droit par staphylococques. Lyon méd. XCII. p. 25. Sept.

Graff, Ueber Klumpfussredressement. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41. Beil.

Gross, Heinrich, Der erworbene Hochstand d. Scapula. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 810.

Guibal, Présentation de 5 rotules atteintes de tuberculose primitive. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 620. Juin.

Guibal, Déplacement des surfaces articulaires du genou dans la tumeur blanche. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 623. Juin.

Hansmann, C., Universal-Vorderarm-Extensions- u. Lagerungsschiene. Aerztl. Polytechn. 9.

Haycock, H. E., A case of complete antero-posterior dislocation of both knees. Lancet Aug. 5. p. 342.

Heermann, Ueber mechan. Behandlung von Unterschenkelgeschwüren. Deutsche med. Wchnschr. XX. 37. Beil.

Heimann, Aus d. Unfallpraxis [Verletzungen d. Fusses u. d. Oberarmes]. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Heldenbergh, C., Des conditions requises pour réaliser un bon appareil de contention des fractures de cuisse. Belg. méd. VI. 36. p. 289.

Henry, John Norman, A case of 2 distinct fractures occurring in the same patella at an interval of 8 months. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 183. Aug.

Hilgenreiner, Heinrich, Ueber d. osteoplast. u. intercondylären Oberschenkelamputationen nach *Sabanejeff* u. *Abrashonow*. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 761.

Hoffa, A., Die moderne Bekämpfung des Klumpfusses. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 22 S. mit Abbild. 1 Mk. 80 Pf.

Hogarth, R. G., 2 cases of severe subcutaneous injury to the peroneal nerve; operation. Lancet July 29.

Hollis, W. Ainslie, Pedal malformation from an evolutionary standpoint. Lancet Oct. 14.

Honsell, B., Doppelseit. Hochstand d. Schulterblätter. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 815.

Joachimsthal, Ueber Coxa vara traumatica infantum. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 71.

Isaacs, A. E., Excision of the hip; with skiagraph taken after 5 years. New York med. Record LVI. 15. p. 517. Oct.

Judson, A. B., The management of the deformity of hip-disease. Lancet Sept. 30.

Judson, A. B., A further view of the management of the deformity of hip disease. New York med. Record LVI. 14. p. 469. Sept.

Keiler, Arnold, Ein Beitrag zur Sehnenplastik b. Lähmungen. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 42.

Kendirdjy, Léon, 2 cas de luxation totale de l'astragale, avec plaie; astragalectomie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 744. Juillet.

Knott, *Hey's* internal derangement of the kneejoint. Dubl. Journ. CVIII. p. 221. Sept.

Kölliker, Ueber erworbenen Hochstand d. Scapula. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 34. p. 1130.

Könitzer, Zur totalen Entfernung d. knöchernen Schultergürtels. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 594.

Kronacher, a) Die Verletzungen d. kleinen Röhrenknochen, spec. Frakturen. — b) Zur *Wladimirow-Mikulicz*'schen Fussgelenkresektion. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 207. 212.

Lauenstein, Carl, a) Luxation d. Os lunatum nach d. Vola zu nebst Fraktur d. Proc. styloideus von Radius u. Ulna. — b) Ein Fall von Caries sicca des Schultergelenks im Röntgenbilde. — c) Ein Fall von Bruch d. chirurg. Halses d. Oberarms u. gleichzeitiger Knochenabsprengung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 218. 219.

Léri, Sarcomes mélaniques, primitivement localisés au membre inférieur, puis généralisés dans la plupart des organes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 709. Juillet.

Lorenz, Adolf, Ueber d. bisher. Erfahrungen mit d. unblut. Einrenkung d. angeb. Hüftgelenksluxation. Therap. Monatsh. XIII. 8. 9. p. 413. 496.

Lotheissen, Georg, Ueber d. Zerreissungen im Streckapparat d. Kniegelenks. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 673.

McKenzi, B. E., Some salient points in the treatment of hip-disease. Med. News LXXV. 6. p. 164. Aug.

Mackiewicz, Ostéo-arthrite du coude consécutive à un traumatisme; résection; guérison par néarthrose. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 211. Sept.

Manley, Thomas H., On the rôle of primary and secondary osteoplastic surgery in the treatment of complicated or compound fractures of the extremities. New York med. Record LVI. 8. p. 254. Aug.

Monnier, Note pour servir à l'histoire des fractures de la rotule chez l'enfant et notamment de leur traitement par la suture metallique. Gaz. des Hôp. 87.

Morestin, H., Sarcome du pouce. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 528. Juin.

Morestin, H., Anévrysme du pli de coude (anévrysme traumatique circonscrit faux primitif) traité avec succès par l'extirpation. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 562. Juin.

Moser, W., The pulsatory hand and foot. New York med. Record LVI. 16. p. 514. Oct.

Nichols, J. B., The histology of *Dupuytren's* contraction of the palmar fascia. Med. News LXXV. 16. p. 491. Oct.

Nicolaysen, Julius, Resultaterne af Behandling af Fractura colli femoris ved Nagling. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 35. S. 853.

Nicoll, J. H., Case of double club foot with club hand, illustrating the remedial effects of operative treatment. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 200. Sept.

Nissen, Unfall u. Osteomyelitis d. Schlüsselbeins. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 8. p. 251.

Nové-Josserand, Luxation congénitale du femur; réduction par la méthode de *Lorenz*. Lyon méd. XCII. p. 170. Oct.

O'Conor, John, The surgical treatment of varicose veins. Lancet Oct. 14.

Ollier, Carpalgie des adolescents. Lyon méd. XCI. p. 426. Août.

Oschmann, A., Ueber d. operative Behandlung d. tuberkulösen Ellenbogengelenks u. ihre Endresultate. Auf Grund d. Materials aus d. Klinik u. Privatklinik d. Herrn Prof. Dr. *Kocher* zu Bern von 1872 bis 1897 incl. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. 2. p. 177. 397.

Parry, T. Wilson, A case of congenital in-crowing toe-nails. Lancet Oct. 14. p. 1016.

Potel, Arthropathie symétrique des coudes paraissant consécutive à une fracture de la base du crâne. Echo méd. du Nord III. 37.

Potel, Etude sur le genu recurvatum consécutif à la coxalgie et sur le déplacement cunéen de la rotule. Presse méd. VII. 73.

Purdon, H. S., Trade callosities. Dubl. Journ. CVIII. p. 173. Sept.

Riedel, Alfred, Der Gips-Gehverband in der Praxis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Riethus, G., Ueber Verletzungen d. N. radialis b. Humerusfrakturen u. ihre operative Behandlung. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 703.

Robson, A. W. Mayo, Interscapulo-thoracic amputation. Lancet July 29.

Rockey, A. E., A method of maintening approximation after Colles' fracture by short lateral splints without pressure on the tendons or interference with the circulation. New York med. Record LVI. 5. p. 159. July.

Roll, J., Bidrag til klumpfodens behandling. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1160.

Sacquépée, E., Lipome du pouce. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 612. Juin.

Salistschef, E. G., Exarticulatio interileo-abdominalis. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 57.

Schloffer, Hermann, Zur Osteoplastik b. Defekten d. Tibia. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 76.

Spencer, W. G., A case of extensive gummatous disease around the femur and the hip-joint with chronic periostitis of the linea aspera; amputation; recovery. Lancet Oct. 7. p. 962.

Sprengel, Ueber einen operirten u. einen nicht operirten Fall von Coxa vara traumatica. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 937.

Stinson, J. Coplin, Fracture of the femur, complicated by X ray burn. Med. News LXXV. 15. p. 463. Oct.

Trnka, Die subcutanen Frakturen d. Metatarsalknochen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41.

Tschudy, a) Genu valgum. — b) Verkrümmung eines anfängl. gut geheilten frakturirten Oberschenkels. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16. p. 497. 498.

Tubby, A. H., An operation for the relief of contraction of the forearm and hand following infantile hemiplegia. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Vallas, Traitement des fractures de la rotule par la suture de la capsule. Revue de Chir. XIX. 10. p. 419.

Walsham, W. J., On the operative treatment of various internal derangements of the knee-joint. Brit. med. Journ. July 29.

Whitman, Royal, Further observations on the treatment of congenital dislocation of the hip. Med. News LXXV. 15. p. 449. Oct.

Young, James K., Congenital dislocation of the knee. Univers. med. Mag. XI. 12. p. 735. Sept.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 7. Valentini; 8. Cappelen; 11. Abée. V. 2. c. Simon. XIV. 2. Giertson.

VI. Gynäkologie.

Abel, Karl, Die mikroskop. Technik u. Diagnostik in d. gynäkol. Praxis. Berlin 1900. Aug. Hirschwald. Gr. 8. XIV u. 202 S. mit 73 Abbild. im Texte. 5 Mk. 60 Pf.

Abel, Ueber eine eigenthüml. Gestaltsveränderung d. Ovarien (Ovarium gyratum). Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 22.

Aichel, Otto, Beitrag zur Gonorrhöe der Geschlechtstheile d. neugeb. Mädchens. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 281.

Amann jun., Jos. Alb., Ueber Neueinpflanzungen d. Ureters in d. Blase auf abdominalem Wege zur Heilung von Ureter-Cervikalfisteln. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 34.

Amann jun., J. A., Ueber Totalexstirpation d. carcinomatösen Vagina, zugleich mit myomatösem Uterus, rechtseit. Ovarial-Cystosarkom u. linkseit. Ovarialcystom in continuo. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 457.

Baldy, J. M., Traitement chirurgical des fibromes. Ann. de Gynécol. LII. p. 138. Août, Sept.

Bantock, G. Granville, A plea for conservative gynaecology. Brit. med. Journ. Aug. 12.

Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynäkologie. Red. von *A. Hegar*. II. 1. Leipzig. Arthur Georgi. Gr. 8. S. 155—321 mit 2 Tafeln. 8 Mk. 60 Pf.

Beuttner, Oscar, Vom internationalen Gynäkologencongress in Amsterdam. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34. 35. 37.

Beuttner, Oscar, Erbrechen kaffeesatzartiger Massen nach gynäkol.-geburtshülfl. Narkosen. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 18.

Beyea, Henry D., The technique of the operation of celiotomy as practised at the University Hospital and the report of 137 consecutive celiotomies performed at the University and Gynéoéan Hospitals, with 3 deaths. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 15. Oct.

Boise, Eugene, The technique of *Alexander's* operation. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 316. July.

Bonney, W. F. Victor, The after-treatment and

post-operative complications of coeliotomy for pelvic disease in women. Lancet Aug. 5.

Bowker, C. Stanser, A case of extra-uterine fibroid; abdominal section; recovery. Lancet Sept. 9. p. 718.

Boyd, Stanley, The interaction between the ovaries and the mammary gland. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Brettauer, J., Vaginal coeliotomy for diseases of the appendages. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 272.

Brocchi, A propos de l'hystérectomie. Bull. de Thér. CXXXVIII. 8. p. 300. Août 30.

Bröse, Paul, Ueber d. vaginale Radikaloperation b. Beckenabscessen u. entzündlichen Adnexerkrankungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 175. 320. 323.

Brothers, A., Concealed menstruation. New York med. Record LVI. 8. p. 260. Aug.

Calmann, Adolf, Die Diagnose u. Behandlung d. Gonorrhöe b. Weibe. Dermatol. Ztschr. VI. 4. p. 433.

Campbell, John, 2 year's work at the Samaritan hospital for women, Belfast. Dubl. Journ. CVIII. p. 224. Sept.

Cavazzani, Guido, Simpatectomia del plesso utero-ovarico. Gazz. degli Osped. XX. 112.

Cerf, Léon, A quels signes un médecin peut-il affirmer qu'une femme ne peut plus concevoir? Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 306. Oct.

Cohn, Ueber d. Dauererfolge nach vollständ. oder theilweiser Entfernung der Gebärmutteranhänge. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 24.

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, Amsterdam, 8 au 12 août 1899. Ann. d'Gynécol. LII. p. 165. Août, Sept. — Presse méd. VII. 64—68. — Semaine méd. XIX. 36. — Gaz. hebd. XLVI. 66. — Gaz. des Hôp. 96.

Coulonjou, Sur l'aménorrhée d'origine nerveuse. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 285. Oct.

Cumston, Ch. G., La technique de l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie gynécologique. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 9. p. 575. Sept.

Czempin, Präparat von vaginaler Radikaloperation. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 321.

Davenport, F. H., Case of sarcoma of the uterus. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 214. Aug.

Dienst, Arthur, Ueber Sarcoma cysticum ovarii. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 62.

Discussion on the natural menopause compared with the menopause produced by removal of the uterine appendages and the menopause produced by the removal of the uterus without removal of the appendages. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Don, W. Walton, A case of inversion of the uterus. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 242. Aug.

Doran, Alban, On gynecology in relation to surgery. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 107.

Doran, Alban, Fibroid of the broad ligament weighing $44^1/_2$ pounds (20 kg), removed by enucleation; recovery. With table and analysis of 39 cases. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 173.

Duehrssen, A., Ueber gleichzeit. Erkrankungen d. Wurmfortsatzes u. d. weibl. Beckenorgane. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 921.

Dührssen, A., Die Vermeidung von Geburtsstörungen nach Vaginofixation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 36.

Faure, J. L., L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. Gaz. des Hôp. 100.

Fest, Francis T. B., Die Entwickelung d. Trachelorrhaphie in den verein. Staaten von Nordamerika. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 207.

Flatau, S., Klinische u. experiment. Beiträge zur Atmokausis uteri. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 337.

Folet, Mort foudroyante par embolie à la suite d'hystérectomie abdominale guérie; symptômes révélateurs d'une embolie menaçante. Echo méd. du Nord III. 35.

Fossard, Sarcome globo-cellulaire, à point de départ ovarien, avec généralisation. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 760. Juillet.

Fürst, Camillo, Uterusretroversionen u. chron. Adnexentzündungen in Folge körperl. Anstrengungen. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 253, Gynäkol. 91.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 14 S. 75 Pf.

Fürst, Livius, Verstopfung als Complikation von Frauenkrankheiten. Wien. med. Presse XL. 36.

Funke, A., Unsere Erfolge der Radikaloperation perforirter Pyosalpingen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 260.

Gilliam, D. Tod, An enormous ovarian cystoma. New York med. Record LVI. 6. p. 205. Aug.

Glass, James H., Vaginal colpotomy in the treatment of pelvic disease. Med. News LXXV. 6. p. 167. Aug.

Goffe, J. Riddle, Vaginal coeliotomy. Med. News LXXV. 15. p. 461. Oct.

Gosset, A., et E. Reymond, Salpingo-ovarite à pédicule tordu; laparotomie; guérison. Ann. de Gynécol. LII. p. 21. Juillet.

Gouillioud, Une cause d'occlusion intestinale spéciale aux fibromes. Ann. de Gynécol. LII. p. 154. Août, Sept.

Gould, Pearce, 2 cases of papillomatous cysts [of the ovary]. Lancet Aug. 19. p. 490.

Greanellé, William J., A pipe stem in utero. New York med. Record LVI. 13. p. 447. Sept.

Griffith, Sarcoma of the uterus. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 232.

Günzburger, Ein Fall von spontan geplatztem Kystoma glandulare myxomatosum ovarii dextri mit doppelseit. Dermoidcysten u. sekundärem Pseudomyxoma peritonaei. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 1.

Guérard, H. A. von, Totalexstirpation d. Uterus, indicirt durch Beschwerden in Folge von Atmokausis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Hahn, A., a) Ein Fall von Echinococcus d. Beckenbindegewebes. — b) Steinbildung b. Colpocleisis rectalis. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 63.

Halban, Josef, Ueber Belastungstherapie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 126.

Hall, J. Basil, A case of persistent warty growth of the vulva (epithelioma?), associated with pruritus vulvae. Lancet Oct. 7.

Hartmann, Henri, Quelques réflexions à propos de 40 cas de castration abdominale totale pour annexites. Ann. de Gynécol. LII. p. 1. Juillet.

Hartmann, Henri, Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. Ann. de Gynécol. LII. p. 146. Août, Sept. — Gez. hebd. XLVI. 70.

Hotman de Villiers et Wlaeff, Sur l'étiologie d'une hémorrhagie vaginale chez une jeune fille. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 750. Juillet.

Jaboulay, L'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale. Lyon méd. XCII. p. 37. Sept.

Jardine, Robert, Fibroid tumour and uterus removed by *Porro's* operation. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 213. Sept.

Jenkins, Thomas W., Cases of prolapse of the uterus and vagina. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 117. Aug.

Jessett, F. Bowreman, Remarks on the operative treatment of malignant disease of the breast and uterus. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 227. Aug.

Jonnesco, Th., La castration abdominale totale pour lésions septiques utéro-annexelles. Arch. des Sc. méd. IV. 3 et 4. p. 159. Mai—Juillet.

Kauffmann, Entfernung einer Haarnadel aus der Harnblase. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 287.

Kelly, Howard A., A new method of treating complete tear of the rectovaginal septum by turning

down an apron in the rectum and by buried suture through the sphincter muscle. Med. News LXXV. 11. p. 334. Sept.

Kelly, J. K., Gynaecology 150 years ago. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 103. Aug.

Kelly, J. K., Clinical gynecology. Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 247. Oct.

Kinkead, R. J., Imperforate hymen (?). Dubl. Journ. CVIII. p. 174. Sept.

Korda, J., Die Anwendung d. *Schleich*'schen Verfahrens b. gynäkolog. Operationen. Ungar. med. Presse IV. 30 u. 31.

Krogius, Ali, Bidrag till kännedomen om dermoidysterna i bäckenbindväfven. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 968.

Küstner, Otto, Peritonäale Sepsis u. Shock. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

Laroyenne, Traitement opératoire de la cystocèle vaginale par un procédé spéciale de cysto-hystéropéxie. Gaz. des Hôp. 100.

Lawrie, J. Macpherson, 50 consecutive coeliotomies for diseases of the uterus and appendages, with 48 recoveries. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Lea, Arnold W. W., 10 cases of vaginal hysterectomy. Lancet Aug. 12.

Lea, W. W., Haematosalpinx in a chronically inflamed Fallopian tube. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 140.

Lebedeff et P. Barteszewicz, De la variabilité des dimensions du bassin suivant différentes attitudes du corps. Ann. de Gynécol. LII. p. 118. Août, Sept.

Lesser, Monae, Ventral fixation of the round ligaments for retroversion and prolapsus uteri. New York med. Record LVI. 16. p. 551. Oct.

Leuret, A., Cancer du col de l'utérus coïncidant avec un fibrome du corps. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 738. Juillet.

Löffler, Robert, Ueber primäre Tuberkulose d. Ovarien. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 35.

Longuet, L., De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérines (myomectomies et polypectomies). Progrès méd. 3. S. X. 35.

Longuet, L., De la technique de l'hystérectomie vaginale totale pour fibromes utérins. De la suppression radicale du morcellement. Progrès méd. 3. S. X. 36.

Longyear, Howard W., The operation of shortening the round ligaments for the cure of retrodisplacement and prolapse of the uterus. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 320. July.

Mackay, E. H., A case of myxosarcoma of the uterus and vagina. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 213. Aug.

Madden, Thomas Moore, On the treatment of uterine cancer. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Maiss, Heilung einer Blasenscheidenfistel durch d. Sectio alta. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Malcolm, Tumour closely simulating a papillomatous ovarian cystoma attached to the front of the bladder and quite separate from both ovaries. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 226.

Malins, Edward, A case of sudden extrusion of uterine fibroid simulating inversion of the uterus. Lancet July 29. p. 277.

Marshall, Balfour, Notes on a case of carcinoma cervicis; vaginal hysterectomy by *Doyen's* clamp method. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 204. Sept.

Marshall, Balfour, 2 cases of maldevelopment of the genital tract in married women; one due to occlusion of the lower third of vagina with retained menses (cryptomenorrhoea), the other to absence of upper two-thirds of vagina, uterus, and adnexa. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 207. Sept.

Martin, A., Zum Spätbefinden Ovariotomirter. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 255, Gynäkol. 92.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 12 S. 75 Pf. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 28. Beil.

Martin, James N., Some excerpts and deductions from the records of gynecological cases. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 311. July.

Martin, James N., Report of a case of marked disturbance of the digestive tract caused by an undeveloped uterus. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 315. Aug.

Mauclaire, P., L'hystérectomie abdominale totale avec évidement pelvien est-elle un traitement radical du cancer utérin. Presse méd. VII. 76.

Mendes de Leon, General disorders originating in disease of the female pelvic organs. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 209. Aug.

Mirabeau, Sigmund, Perithelioma ovarii cysticum. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 462.

Mixter, S. J., A case of sarcoma of the uterus; repeated operations; recurrence; death. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 212. Aug.

Mueller, Arthur, 71. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte zu München. Abtheilung f. Geburtshülfe u. Gynäkologie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 40. 41. 42.

Mundé, Paul F., Gynécological service. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 238.

Murgue, Fibrome utérin; hystérectomie. Lyon méd. XCII. p. 165. Oct.

Nairne, J. Stuart, The influence of prolonged standing in the production of womens diseases. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Neugebauer, Franz, Eine Uteruscyste seltener Art, entfernt auf d. Wege d. Bauchschnitts mit Uterusamputation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Nijhoff, G. C., De behandeling van klimakterische en post-klimakterische bloedingen. Nederl. Weekbl. II. 10.

Nilsen, J. R., Sterility in women. Post-Graduate XIV. 8. p. 616. Aug.

Odebrecht, Langer Bestand eines Uteruscarcinoms. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 322.

Oker-Blom, Max, Uterus duplex separatus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Olsson, Oskar E., a) Myoma uteri. — b) Fibroma lipomatosum uteri. Hygiea LXI. 9. s. 282. 283.

Parsons, J. Inglis, 16 cases of procidentia and 2 of prolapse of the uterus treated by a new method. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Pepere, Alberto, Le cisti dell'ovaia. Policlin. VI. 18. p. 412.

Pincus, Ludwig, Ueber Neuerungen in d. Technik d. Atmokausis u. einige bemerkenswerthe Ergebnisse. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Pitha, W., Zur Diagnose u. Aetiologie d. Ovarialabscesse. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 141.

Pit'ha, W., Einige Bemerkungen zur Vaporisationsfrage. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Pitt-Taylor, F. S., Irreducible hernia of Fallopian tube and ovary in a child; operation; recovery. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 853.

Purslow, Cyst of the broad ligament. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 169.

Queirel, Un cas d'inversion utérine aiguë spontanée. Ann. de Gynécol. LII. p. 36. Juillet.

Ricard, Hystérectomie abdominale totale. Gaz. hebd. XLVI. 84. — Gaz. des Hôp. 117.

Roberts, C. Hubert, A second case of primary carcinoma of the Fallopian tube. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 129.

Roberts, C. Hubert, Notes of a case of a large retro-peritoneal fibroid undergoing suppuration. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 213.

Robin, Albert, Traitement hydro-minéral dans les maladies des femmes. Bull. de Thér. CXXXVIII. 4—8. p. 124. 161. 203. 251. 288. Juillet 30.—Août 30.

Routh, Amand, On the interaction between the ovaries and the mammary glands. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Rubinstein, H., Ueber das Verhalten des Uterus

nach d. Exstirpation beider Ovarien u. nach ihrer Transplantation an eine andere Stelle d. Bauchhöhle. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 31.

Ruge, P., Cervixmyom bei einer 22jähr. Virgo. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 341.

Sacquépée, E., Fistule vésico-vaginale par épithéliome de la vessie propagé à l'intestin grêle. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 607. Juin.

Schaeffer, Oskar, Ueber artificielle Muttermundsektopien, hervorgerufen durch Pessare, ein Beitrag zu d. Kenntniss von d. Funktion u. Struktur d. Portio vaginalis u. d. Scheidengewölbes. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 32. 33.

Schaeffer, Oskar, Neueste Methoden zur Bekämpfung akuter, sowie häufig auftretender Metrorrhagien. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 33 S. 1 Mk. 50 Pf.

Schaller, L., Zur Bedeutung, Behandl. u. Prophylaxe d. Retroflexio uteri. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 30.

Schauta, F., Ueber d. Einschränkung d. abdominalen Adnexoperationen zu Gunsten d. vaginalen Radikaloperation. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 49.

Schiller, Hermann, Kommen auf d. Schleimhäuten d. Genitalorgane d. Frau Gonokokken vor, ohne dass klin. Erscheinungen von Gonorrhöe vorhanden sind? Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Schlutius, K., Vaporisatio uteri. Wien. med. Presse XL. 42.

Schmid, Max, Ein Fall von strangförmiger Vaginalatresie mit Hämatokolpos u. Hämatometra. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Schmidt, O., Ueber einen Fall von Metritis dissecans. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 64.

Schücking, A., Die vaginale Fixation bei Retroflexio u. Prolapsus uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 31.

Smithson, Oliver, A case of retention of urine caused by retained menstrual fluid. Lancet Sept. 9. p. 719.

Schülein, Wilhelm, Beitrag zur Castration b. Fibromyomen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Schütz, Jacob, Wann ist b. gynäkolog. Erkrankungen eine operative Behandlung indicirt? Wien. med. Presse XL. 32.

Sippel, Albert, Drainage u. Peritonitis. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 476.

Smyly, W. J., 3 myomatous uteri removed per vaginam by *Doyen's* method. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 96.

Stapler, Desider, Zur Vaporisationsfrage. Nebst Bemerkungen von *Ludwig Pincus*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Stevens, A case of membranous vaginitis in which the bacillus coli communis was found. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 228.

Stolz, Max, Beitrag zu d. cyst. Bildungen an d. Tube. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 175.

Stouffs, Hystérectomie vaginale dans un cas de prolapsus utérin irréductible; guérison. Presse méd. belge LI. 41.

Strassmann, P., Primäres Scheidensarkom beim Kinde. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 338.

Stratz, C. H., Colpotomia lateralis. (Vorläuf. Mittheil.) Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 38.

Sutton, J. Bland, An unusual example of rupture of an ovarian adenoma. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 98.

Talbot, Robert Bancker, The operation of coeliotomy. New York med. Record LVI. 7. p. 226. Aug.

Targett, J. H., Fibromyoma of vagina (anterior wall). Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 100.

Targett, J. H., 2 cases of double tuberculous pyosalpinx. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 163.

Taylor, J. W., The treatment of gonorrhoeal salpingitis. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 160. Aug.

Thiem, C., Eileitervereiterung ist keine Unfallfolge. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 9. p. 298.

Tipper, Ernest H., and Arthur E. Philipps, A case of ovariotomy. Lancet Oct. 7.

Tournay, De l'hystérectomie totale abdominale pour fibromyomes volumineux. Presse méd. belge LI. 34. 39.

Treub, Hector, Discours d'ouverture: 3me congrès international de gynécologie et d'obstétrique. Nederl. Weekbl. II. 7.

Turrazza, Guido, Cisti ovarica suppurata. Rif. med. XV. 180. 181.

Vallas, Fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie totale pour fibromes. Lyon méd. XCII. p. 195. Oct.

Vanverts, J., De la dilatation digitale extemporanée du col de l'utérus. Echo méd. du Nord III. 38.

Wallgren, Axel, Ein Fall von Typhusinfektion einer Ovarialcyste. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 15.

Wathen, William H., The infrapubic route in surgery of the uterus and its adnexa. Med. News LXXV. 5. p. 134. July.

Weill, L., La chirurgie abdominale en Allemagne (laparotomie, myomotomie, operation des annexes). Ann. de Gynécol. LII. p. 26. Juillet.

Whitney, William F., Sarcoma of the uterus. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 216. Aug.

Wiener, Gustav, Ein Fibromyom d. Ovarium. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 288.

Willard, De Forest, and S. M. Wilson, Ovarian multilocular cystic tumor, existing for 35 years without destroying life, the woman dying from influenzal bronchitis at the aye of 74 years. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 641. Aug.

Winckel, F. von, Ueber die Eintheilung, Entstehung u. Benennung d. Bildungshemmungen d. weibl. Sexualorgane. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 251 u. 252, Gynäkol. 90. 91.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 40 S. 1 Mk. 50 Pf.

Winter, Adolf, Ein Fall von Achsendrehung d. Uterus bei linkseit Kystoma ovarii mit Verlagerung des Tumors auf d. rechte Seite. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 39.

Wormser, E., Zur Pathologie u. Therapie d. postoperativen Ileus. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 279.

Zepler, G., Eine Modifikation d. Röhrenspeculum: Geschlitztes Speculum. Doppelschlitzspeculum. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 39. 41.

S. a. I. Panzer. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Eden, Munch, Sellheim. IV. 2. Lartigau; 11. Shaw. V. 2. c. *Krankheiten d. Mamma.* XIII. 2. Gottschalk, Thiemich. XIV. 3. Zimmern.

VII. Geburtshülfe.

Alvord, A. W., The surgical treatment of puerperal sepsis. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 269. June.

Audion, P., Grossesse tubaire non rompue, gauche; lésions annexielles bilatérales et symétriques. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 740. Juillet.

Avellis, Georg, Die Beziehung der Laryngitis sicca chron. zur Schwangerschaft. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 8.

Bachimont, A., De la puériculture intra-utérine, et en particulier de la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires. Revue d'Obstétr. XII. p. 193. Juillet—Août.

Benckiser, Alfred, Ueber Tumoren als Geburtshindernisse. Bad. ärztl. Mittheil. LIII. 18.

Bouffe de Saint-Blaise, G., Du diagnostic des auto-intoxications de la grossesse et de leur traitement. Revue d'Obstétr. XII. p. 217. Juillet—Août.

Beuttner, Oscar, a) Ein Fall von inficirtem Abortus, geheilt vermittels d. Atmokausis. — II. Ein Fall von puerperaler Streptokokkeninfektion, geheilt mit *Marmorek'*schem Serum, nebst einigen Bemerkungen zur

Puerperalfieberdiskussion d. deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Berlin. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Black, Malcolm, 3 year's induction of premature labour for contracted pelvis in the Glasgow Maternity Hospital. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 81. Aug.

Bossi, L. M., Sulla fisiologia e sulla patologia della gravidanza nei giorni corrispondenti ai periodi mestruali. Gazz. degli Osped. XX. 91.

Brocchi, Traitement des vomissements de la grossesse. Bull. de Thér. CXXXVIII. 8. p. 297. Août 30.

Budin, Pierre, Les consultations de nourrissons. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 194. Juillet 25. — Progrès méd. 3. S. X. 31.

Burckhardt, Otto, Ueber Fäulnissfieber im Wochenbett. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 193.

Caillé, Augustus, The management of breast milk. Post-Graduate XIV. 9. p. 692. Sept.

Cameron, Murdoch, Rupture of the uterus at full term; missed labour and delivery 9 weeks later. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Dakin, W. R., Fibro-myoma spontaneously enucleated during labour. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 105.

Delore, La môle vésiculaire est produite par un enchondrome du placenta. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 215. Juillet 25.

Diehl, J. C., Ueber Purpura in puerperio. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 218.

Dietrich, Selmar, Kaiserschnitt nach Vaginofixatio uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 32.

Dirmoser, Eduard, Hyperemesis gravidarum als Autointoxikation gedacht. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41.

Discussion on the treatment of fever following delivery. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Doktor, Kaiserschnitt b. Sepsis. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 200.

Doléris, Septicémie gazeuse, d'origine puerpérale. Semaine méd. XIX. 37.

Drejer, Om hyperemesis gravidarum. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1118.

Dührssen, A., Zur Behandl. d. retinirten Placenta b. Fehlgeburten. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 18. p. 609.

Duse, Gustavo, L'albumina acetosolubile nelle urine di una gestante. Gazz. degli Osped. XX. 106.

Ehlers, Zur Statistik d. Puerperalfiebers. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 346. 351.

Engström, Otto, Till kännedomen om behandlingen af de icke puerperale gynastresierna med konsekutiv retention af mentrualblod vid enkel utero-vaginalkanal. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. S. 821.

Espenmüller, W., Ueber operative Behandl. d. Schwangerschaft ausserhalb d. Gebärmutter b. lebendem Kinde. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 155.

Fabre et Patel, De l'influence de la syphilis postconceptionnelle sur le placenta et le foetus. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 614. Sept.

Ferenczi, Alexander, Uterus didelphys; Gravidität in d. einen Uterus. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Fuchs, Otto, Ueber einen Fall von Sectio caesarea nach Vaginofixation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 32.

Funke, A., Zur Casuistik d. Extrauteringravidität. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 273.

Galabin, Tubal abortion. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 170.

Gasser, Herman, A safe and simple method of removing the placenta. New York med. Record LVI. 6. p. 207. Aug.

Gilles de la Tourette, Diagnostic de l'affection dite chorée des femmes enceintes. Semaine méd. XIX. 39.

Gossett, Walker Bourne, The use of chloroform in labor. Amer. Pract. and News XXVIII. 3. p. 84. Aug.

Griffith, Walter S. A., and T. W. Eden, Notes of a case of puerperal eclampsie with a description of a 5 weeks ovum removed in a subsequent pregnancy. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 151.

Grimsdale, T. B., A case of puerperal septicaemia in which antistreptococcus serum was used with success. Lancet Sept. 9. p. 719.

Halban, Josef, Beitrag zur Kenntniss der Geburten b. Uterus bicornis unicollis. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 188.

Hansson, Anders, a) Partus gravis; kejsarsnitt; död. — b) Rakitiskt bäcken; perforation. Hygiea LXI. 9. s. 300. 303.

Hegele, a) Künstl. Frühgeburt oder Entziehungskur? — b) Verzögerte Zwillingsgeburt. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 32.

Herz, Emanuel, Ein unzweifelhafter Fall von Ueberfruchtung (Superfoetatio). Wien. med. Presse XL. 36. 37. 38.

Hill, Edmund E., The report of a case of puerperal eclampsia with complications. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 8. p. 191. Aug.

Hillmann, H., Ein Fall von Sectio caesarea ausgeführt wegen Eklampsie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 193.

Hoeven, P. C. T. van der, Hydrorrhoea gravidarum. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 329.

Hübl, Hugo, Ueber eine vaginale Totalexstirpation eines rupturirten Uterus vom 6. Lunarmonate b. einem hochgradig verengten osteomalac. Becken. Wien. klin. Wchnschr. XII. 34.

Hübl, Hugo, Ueber d. queren Fundusschnitt nach *Fritsch*. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 417.

Jaboulay, Grossesse utérine après hystérectomie supra-vaginale; accouchement artificiel par la cicatrice abdominale au 7me. mois; guérison. Gaz. des Hôp. 109.

Jardine, Robert, Case of incomplete rupture of uterus, showing the retraction ring. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 211. Sept.

Jarrett, Elizabeth, The induction of premature labor in cases of albuminuria. New York med. Record LVI. 14. p. 474. Sept.

Jenkins, Thomas W., Gynaecologia: I. 2 cases of rupture of the uterus. — II. Dilatation of uterus after incomplete abortion. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 113. Aug.

Jörgensen, Christian, Et Tilfälde af Deciduoma malignum. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 33.

Jörgensen, S., Om eklampsiens ätiologi og terapi. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 547.

Joubert and Hubert M. Earle, A case of rupture of the gravid uterus; abdominal section and removal of foetus and universally adherent placenta; enterectomy; recovery. Lancet July 29. p. 279.

Kallmorgen, Geburtsstörungen nach vorausgegangener Vaginofixation als Indikation zum Kaiserschnitt. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 280.

Kerr, John M. Munro, The bacillus coli communis in puerperal septicaemia. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 174. Sept.

Knepper, Ein Fall von Sturzgeburt b. einer 43jähr. Erstgebärenden. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 279.

Kuehne, Fritz, Beitrag zur Lehre von d. Hyperemesis gravidarum. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 432.

Lea, Arnold W., 2 cases of puerperal septicaemia due to streptococcic infection. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Lediard, Secondary abdominal pregnancy; septic peritonitis; evacuation per rectum; recovery. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 276.

Leopold, Ueber d. Verhältniss zwischen d. Indikationen zur Sectio caesarea, Symphyseotomie, Craniotomie u. Partus arte praematurus. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 34.

Lewers, Arthur H. N., A case of persistent mento-posterior position of the face in which the child

was delivered alive by the axis-traction forceps. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 280.

Lindfors, A. O., Om förlossning hos puckelryggige. Hygiea LXI. 8. Sv. läkaresällsk. förh. S. 81.

Long, J. W., Ectopic pregnancy. Medicine V. 10. p. 811. Oct.

Longyear, Howard W., The medical treatment with especial reference to the serum therapy of puerperal sepsis. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 262. June.

Lorenz, Schwangerschaft b. Uterus didelphys u. Vagina duplex. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Lovrich, J., Ein Fall von frühzeit. Ablösung einer an normaler Stelle inserirenden Placenta. Ungar. med. Presse IV. 32—33.

M'Farlane, William, Missed labour. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 177. Sept.

McKerron, R. G., Antero-posterior positions of the head as a cause of difficult labour. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 142.

Maisey, C. T. B., A case of puerperal septicaemia treated with antistreptococcic serum; recovery. Lancet Aug. 26.

Malcolm, Partially macerated foetus from an extra-uterine foetation retained in the body a year after its death. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 222.

Malcolm, Macerated bones of a foetus from an extra-uterine gestation retained 7 years. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 223.

Mallins, H., A case of rare obstetric accident. Lancet Aug. 19. p. 490.

Maygrier, Ch., Diagnostic du travail de l'accouchement. Presse méd. VII. 61.

Merletti, C., Ueber d. Werth d. *Truzzi*'schen manuellen Verfahrens zur Lösung d. Arme b. d. Extraktion am Beckenende. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 263.

Meyer, Alfred, A case of pernicious anaemia with fatty heart occurring during pregnancy. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 47.

Meyer, Hans, Die Frau als Mutter. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett, sowie Pflege u. Ernährung d. Neugebornen in gemeinfassl. Darstellung. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. 283 S.

Mond, Richard, Ueber einen Fall von gleichzeit. Intra- u. Extrauterinschwangerschaft. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Montague, A. J. Helm, and C. B. Moss-Blundell, Parturition complicated by fibroids of the uterus; post-partum haemorrhage; infusion; recovery. Lancet Aug. 19.

Morestin, H., Phlébite suppurée de la saphène interne d'origine puerpérale, traitée par la résection étendue de la veine; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 567. Juin.

Nannicini, Torquato, Ricerche sul comportamento del numero dei leucociti in gravidanza e durante il periodo digestivo delle gravide. Settimana med. LIII. 32. 33.

Neugebauer, F., Ist d. Integrität d. Amnionsacks eine Conditio sine qua non f. d. Weiterentwicklung d. Frucht nach erfolgter Ruptur d. Fruchthalters u. Chorions oder nicht? Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 31.

O'Connor, P. T., Personal observation on an unusual case of labor. New York med. Record LVI. 8. p. 264. Aug.

Olshausen, Vaginaler Kaiserschnitt mit darauf folgender Exstirpation d. Uterus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 311.

Olsson, Oskar E., Två fall af graviditas tubaria rupta. Hygiea LXI. 9. s. 277.

Ortweiler, L., Ueber Placenta praevia. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 16. p. 536.

Pinard, Adolphe, Indication de l'opération césarienne considérée en rapport avec celle de symphyséotomie, de la crâniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel. Ann. de Gynécol. LII. p. 83. Août, Sept.

Pincus, Ludwig, Nochmals d. Zangen mit abnehmbaren Griffen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Piskaček, L., Lehrbuch f. Schülerinnen d. Hebammencurses u. Nachschlagebuch f. Hebammen. 2. Aufl. Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. 8. XXV u. 226 u. 42 S. mit 95 Abbild. Geb. 6 Mk.

Polak, John O., Hydramnios. Post-Graduate XIV. 8. p. 627. Aug.

Ponfick, E., Ueber Placenta praevia, insbes. d. Placenta praevia cervicalis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35.

Potts, W. A., A case of neglected transverse presentation; delivery of a living child by version. Lancet Oct. 14.

Purefoy, R. D.; R. P. R. Lyle, and H. C. Lloyd, Clinical report of the Rotunde hospitals for one year, Nov. 1. 1897 to Oct. 31 1898. Dubl. Journ. CVIII. p. 161. Sept.

Purslow, Foetus enclosed in amniotic sac only. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 168.

Rapin, Le vagissement intra-utérin comme moyen de prévenir l'asphyxie du foetus pendant le travail. Gaz. des Hôp. 99.

Reed, Charles B., Etiology of eclampsia. Medicine V. 10. p. 817. Oct.

Reid, G. Archdall, The causes which render difficult the labours of civilised women. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Saniter, Hochgradige Anämie einer Schwangern. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 310.

Sarwey, O., Zur Behandl. d. Carcinoms am Ende d. Schwangerschaft. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 178.

Savory, Horace, Notes on a case of puerperal eclampsia. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 284.

Schroeter, Curt, Laparotomie intra partum wegen eines im kleinen Becken fixirten Myoms d. hinteren Corpuswand. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 269.

Schütte, Ueb. Geburtscomplikationen nach Ventrofixatio uteri. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 489.

Smith, Charles F., Interstitial pregnancy. New York med. Record LVI. 11. p. 370. Sept.

Strauch, M. von, Zur Frage der Tubenwehen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 42.

Surdi, Noch einmal zur Symphyseotomie in den deutschen Kliniken. Nebst Bemerkung von *G. Leopold*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Tschudy, Graviditas tubaria. Schweiz. Corr.-Bl. XIX. 16. p. 500.

Tuffier, De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Gaz. des Hôp. 86.

Voorhees, James D., A severe case of eclampsia, complicated by a marked erythema multiforme. New York med. Record LVI. 2. p. 515. Oct.

Walker, J. P., Notes on a successful case of caesarean operation. Lancet Sept. 30.

Walla, Adalbert von, Ueber Sectio caesarea mit fundalem Querschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 32. — Ungar. med. Presse IV. 34 u. 35.

Warden, A. A., Remarks on the treatment of puerperal infection. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Weber, Emil, 10 Fälle von Sectio caesarea mit sagittalem Fundalschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 36.

Whinery, Joseph R., A symposium on puerperal sepsis. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 250. June.

Wichert, Zur Casuistik d. Gesichtslagen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Wilson, Thomas, Hydramnion in cases of unioval or homologous twins. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 235.

Wormser, E., Beiträge zur Kenntniss d. Extra-

uteringravidität. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 298.

Zangemeister, Achsenzugvorrichtung. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 286. — Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 31.

Zangemeister, W., Soll d. Perforation stets mit d. Extraktion d. Kindes verbunden werden? Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 40.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Courmont, Delore, Eden, Haultain, Raudnitz. IV. 5. Freudenthal; 8. Craik. V. 2. c. *Krankheiten der Mamma.* VI. Beiträge, Congrès, Dührssen, Treub. XIII. 2. Gottschalk. XVI. Colicz, Figenschau. XIX. Meyerhof. XX. Oefele.

VIII. Krankheiten der Kinder.

Ausset, E., et Derode, Sur un cas d'hémorrhagies gastro-intestinales et scrotales chez un nouveau-né d'un mois. Echo méd. du Nord III. 39.

Baginsky, Adolf, Lehrbuch d. Kinderkrankheiten. 6. Aufl. 2. Abth. Braunschweig. Friedr. Wreden. 8. XX S. u. S. 481—1109. 10 Mk.

Basch, Karl, Ueber Nabelsepsis. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 15.

Bovaird jun., David, Treatment of summer diarrhea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 587. Sept.

Callomon, Fritz, Untersuchungen über d. Verhalten d. Faecesgährung b. Säuglingen. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 369.

Cautley, Edmund, Abnormal ossification of the parietal bones in an infant. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Chapin, Henry Dwight, The question of gruels in the feeding of infants. New York med. Record LVI. 6. p. 181. Aug.

Diphtherie s. III. *Cafiero, Dietrich, Eyre, Freund, Kassowitz, Kober, Padoa, Paton, Leng.* IV. 2. *Babes, Bierens, Day, Deguy, Dunham, Eckervogt, Favre, Madsen, Myschkin, Pascoletti, Robinson, Rördam, Salus, Schmidt, Schmitt, Sidlauer, Sigel, Symonds.* XX. *A.*

Eilerts de Haan, L. J., Een geval van Barlow'sche ziekte. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 291.

Ewens, J., Remarks on the necessity of requiring a fall course of lectures on childrens diseases and attendance at a childrens hospital as part of the medical curriculum. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Graham, Edwin E., Treatment of summer diarrhoea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 547. Aug.

Griffith, J. P. Crozer, Treatment of summer diarrhoea of infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 510. Aug.

Gutmann, Albert, Zur Behandlung d. Melaena neonatorum. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 552.

Hentzelt, A., Erziehungsstätten f. minderwerthige Kinder. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Holt, L. Emmett, Treatment of summer diarrhoea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 512. Aug.

Jacobi, A., Treatment of summer diarrhea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 505. Aug.

Jahresbericht, 37., d. St. Josef unentgeltl. Kinderspitals in Wien u. des damit verbundenen Dr. *Biehler'*schen Kinderwärterinnen-Bildungs-Instituts f. d. J. 1898. Wien. Selbstverl. d. Anstalt. 8. 70 S.

Keller, Arthur, Die Ammonausscheidung b. d. Ernährungsstörungen d. Säuglinge. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 42.

Keuchhusten s. III. *Czaplewski.* IV. 2. *Cima, Plicque, Szegö.* XIII. 2. *Charpentier, Feer.*

Klautsch, A., Ueber Körperwägungen b. Flaschenkindern in d. beiden ersten Lebensjahren. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 305.

Koplik, Henry, Die Gewichtszunahme b. künstl. ernährten Kindern. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 331.

Kronfeld, Die Kindersterblichkeit in Europa. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 35.

Le Gendre, P., et H. Varnier, Infection aiguë d'origine ombilicale chez un nouveau-né; guérison par les bains chauds. Ann. de Gynécol. LII. p. 13. Juillet.

Little, E. Graham, The causation of night terrors. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Marfan, A. B., Rôle des microbes dans les gastroentérites des nourrissons. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 337. 449. Août, Oct.

Masern s. IV. 2. *Cazal, Havas, Rolly, Sotow, Widowitz.*

Netter, L., Chimisme gastrique chez 3 nourrissons âgés de 6 mois à 1 an, nourris au lait stérilisé. Progrès méd. 3. S. X. 40.

Parkinson, J. Porter, The causes of cough in children, with special reference to practical treatment. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Pfaundler, Meinhard, Ueber Saugen u. Verdauen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 41.

Piering, Oscar, Ueber d. Grenzen d. Körpergewichts Neugeborner. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. p. 303.

Porak, De l'omphalotripsie. Ann. de Gynécol. LII. p. 122. Août, Sept.

Ramoino, G. B., Timo e morte timica. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Rubner, Max, u. Otto Heubner, Die künstl. Ernährung eines normalen u. eines atroph. Säuglings. Nach gemeinsam mit Dr. *Bendix, Spitta* u. *Wolpert* angestellten Versuchen. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 315.

Scharlachfieber s. IV. 2. *Class, Kraus, Kühn, Lemoine, Stickler, Williams;* 9. *Poulain.*

Scharlau, Barnim, Statistics from the children's department. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 103.

Soncini, Ernesto, Delle iniezioni di siero artificiale nei lattanti prematuri e deboli. Policlin. VI. 15. p. 362.

Stuver, E., The importance of a knowledge of the phylogenetic development of the child in the prevention of children's diseases. Med. News LXXV. 8. p. 230. Aug.

Troitzky, J. W., Die Lehre vom Durchschneiden d. Zähne zur Zeit d. *Hippokrates* u. jetzt. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 280.

Williams, Francis H., X-ray examination in children. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 2. p. 41. July.

Wormser, E., Eine Gefahr d. Brutapparate. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 38.

S. a. I. Jemma. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Ajello, Engelken, Marfan, Olmer, Raudnitz, Stoeltzner. IV. 2. Campbell, Carr, Cautley, Donkin, Fisher, Guthrie, Kern, Pfaundler, Plicque, Still; 3. Discussion, Le Boeuf; 5. Biedert, Böhm, Collier, Cumston, Grimm, Jennings, Moncorvo, Morse, Rosenheim, Rotch; 7. Dauchez; 8. Ausset, Bernhardt, Cautley, Cestan, Gossage, Green, Halban, Hinsdale, Jones, Priestley, Raymond; 9. Bogoras, Felix, Maisch, Reimann; 10. Chapin, Das, Lacoronsky, Smith. V. 1. Dun, Jann, Murray, Owen, Wilson; 2. a. Feder, Muck; 2. c. Audion, Delanglade, Discussion, Kidd, Kissel, Power, Sengensse, Steele; 2. e. Joachimsthal, Tubby. VI. Aichel, Hotman, Pitt, Strassmann. X. Cramer, Lagrange, Smith. XI. Fischl. XII. Adloff. XIII. 2. Klein. XIV. 1. Ewald; 4. Laborde. XV. Auerbach, Brudzinsky, Fürst.

IX. Psychiatrie.

Alessi, Urbano, Intorno alla patogenesi del delirio acuto. Rif. med. XV. 204. 205.

Alt, Die Nothwendigkeit eines Organs zur Vertretung d. Interessen d. deutschen Irrenärzte, sowie d. Irrenanstalten überhaupt. Psychiatr. Wchnschr. I. 29.

Anglade, D., Sur les névrites périphériques des aliénés. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 2. p. 189. Sept.—Oct.

Bischoff, Ernst, Beitrag zur pathol. Anatomie d. schweren akuten Verwirrtheit. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 762.

Bonhoeffer, Karl, Zur klin. u. forens. Bedeutung gewisser paranoischer Zustände. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 449. Aug.

Bonhoeffer, K., Irrenabtheilungen in Gefängnissen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 3. p. 231.

Bregman, L. E., Ueber d. „Automatisme ambulatoire" (Fugues, Dromomania). Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 17.

Campbell, Harry, Morbid self-assurance. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Christian, J., De la démence précoce des jeunes gens. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 2. p. 177. Sept.—Oct.

Cullerre, A., De la transfusion séreuse souscutanée dans les psychoses aiguës avec auto-intoxication. Progrès méd. 3. S. X. 39.

Deiters, Beitrag zur Kenntniss d. Seelenstörungen d. Epileptiker. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 693.

Deventer, J. van, Bijdrage tot het begrip der insania neurasthenica. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 487.

Diller, Theodore, Sudden recovery in a langstanding case of melancholia. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 678. Aug.

Discussion on lunacy legislation as it affects the temporary care of incipient cases. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Discussion on the relationship between syphilis and general paralysis of the insane. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Discussion on the treatment of epileptics and imbeciles. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Donath, Jul., Der epilept. Wandertrieb (Poriomanie). Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 335.

Erp Taalman Kip, M. J. van, Psychiatrie en geneeskunde. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 499.

Faucher et Bourdin, Idiotie congénitale; hypospadias et pseudo-hermaphroditisme externe. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 291. Oct.

Fenayrou, Confusion mentale post-opératoire. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 257. Oct.

Féré, C., Le prurit et la trichotillomanie chez les paralytiques généraux. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 312. Juillet—Août.

Findlay, John Wainman, The choroid plexuses of the lateral ventricles on the brain their histology, normal and pathological (in relation specially to insanity). Brain XXII. 2. p. 161.

Gibbons, J. M. F., Suggestion as a means of producing sleep in the case of patient said to be insane. Med. News LXXV. 14. p. 428. Sept.

Gross, Adolf, Zur Psychologie d. traumat. Psychose. Psychol. Arb. II. 4. p. 569.

Hospital, Des dégrés de la responsabilité. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 2. p. 205. Sept.—Oct.

Hyslop, Theo. B., On double consciousness. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Jakewenko, W., Die Gesetzmässigkeit d. Anhäufungsprocesses d. Geisteskranken in d. Bevölkerung d. Gouvernements Moskau nach d. Ergebnissen d. Zählung 1893. Psychiatr. Wchnschr. I. 30.

Jastrowitz, M., Akute rheumat. Geistesstörung mit akuter rheumat. Chorea, nebst Bemerkungen über d. Natur d. choreat. Bewegungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33. 34.

Kéraval, L'idée fixe. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 81. Août.

Kirk, Robert, Case of modified cretinism. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 133. Aug.

Klein, Ferdinand, Casuist. Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica u. Pseudoparalysis luetica (*Fournier*). Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 122.

Kral, Heinrich, Ein Fall von Idiotie mit mongoloidem Typus u. Schilddrüsenmangel. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 32.

Macphail, S. Rutherford, Note on post-operative insanity. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Marandon de Montyel, E., La séclusion et la contrainte manuelle dans le traitement des aliénés. Bull. de Thér. CXXXVIII. 4. p. 113. Juillet 30.

Marandon de Montyel, E., De l'évolution des états conscients étudiés chez les mêmes malades aux 3 périodes de la paralysie générale. Gaz. hebd. XLVI. 67.

Marr, Hamilton, Notes, clinical and pathological, of a case of general paralysis of the insane, occurring in early life. Lancet Sept. 23.

Näcke, P., Kritisches zum Capitel d. normalen u. patholog. Sexualität. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 356.

Neff, Irvin H., Early diagnosis and treatment of paretic dementia. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 270. June.

Nicolson, David, Can the reproachful differences of medical opinion in lunacy cases be obviated? Brit. med. Journ. Sept. 16.

Norén, K., Ett fall af hypermnesi hos en idiot. Hygiea LXI. 8. s. 253.

Pick, A., Ueber einen Fall von hyster. Psychose mit Bemerkungen zur gerichtl. Psychopathologie. Wien. klin. Rundschau XIII. 38.

Reeling Brouwer, S., Een geval van simulatie van psychische stoornissen en halfzijdige verschijnselen bij een krankzinnige. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 576.

Rohde, Ueber d. Differentialdiagnose psych. Depressionszustände. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38. Beil.

Rosenbach, P., Ueber d. gegenwärt. Stand d. Irrenverpflegung in Russland. Psychiatr. Wchnschr. I. 28.

Schlöss, Heinrich, Zur Kenntniss d. Geistesstörungen d. Greisenalters. [Wien. Klin. XXV. 9 u. 10. Sept.—Oct.] Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. S. 277—322. 1 Mk. 50 Pf.

Scholz, Ludw., Leitfaden f. Irrenpflege. Halle a. S. 1900. Carl Marhold. Kl.-8. 62 S. 1 Mk. 50 Pf.

Schubert, Anstaltskirchen. Psychiatr. Wchnschr. I. 24.

Sérieux, P., et F. Farnarier, Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. Semaine méd. XIX. 43.

Sprengeler, Hans, Beitrag zur Statistik, Aetiologie u. Symptomatologie d. allgem. progress. Paralyse d. Irren mit besonderer Berücksicht. d. Syphilis. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 725.

Stadelmann, Heinrich, Bemerkungen zur psychischen Behandl. d. Zwangsirreseins. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 81.

Surbled, Hallucination. Revue des Questions scientif. 2. S. XVI. p. 387.

Torp, Om sindsygepleien, speciell i Kristians amt. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 531.

Tschich, W. von, Die Katatonie. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. 4. p. 140. 241.

V., Die geplante 7. rheinische Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt Haus Fichtenhain b. Krefeld. Psychiatr. Wchnschr. I. 24.

Weatherly, Lionel A., Can we instil rational ideas regarding insanity into the public mind? Brit. med. Journ. Sept. 16.

Weber, Progress. Paralyse; multiple Hirntuberkel. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 15.

Wernicke, Ueber d. Classifikation d. Psychosen. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 67. 68.

S. a. II. Heymann, Psychol. Studien, Reis. IV. 2. Stanculeanu; 8. *Epilepsie, Hypnotismus, Hysterie*, Boinet, Bourneville, Brunet, Freud.

VIII. Hentzelt. XIII. 2. Smith. XIV. 4. Seelye. XV. Kraepelin. XVI. Briand, Cowan, Kreuser, Mac Donald, Schermers, Tellegen.

X. Augenheilkunde.

Angodski, N., Ueber d. Hornhautnaht nach *Kalt*. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Axenfeld, D., Ueber die Trübung der Augenlinse. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 13.

Baudoin, Ostéo-périostite orbitaire consécutive à une sinusite maxillaire d'origine dentaire; étude seméiologique de l'exophthalmie. Progrès méd. 3. S. X. 35.

Beck, A., Ueber künstl. hervorgerufene Farbenblindheit. Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 634.

Bericht über d. Leistungen u. Fortschritte d. Augenheilkunde im 1. Quartal 1899; erstattet von *St. Bernheimer; O. Brecht; R. Greeff; C. Horstmann; R. Schweigger*. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 49.

Bickerton, T. H., Colour blindness and defective sight in the mercantile marine. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Bihler, Winfried, Zur Diagnose von Endothelerkrankungen d. Hornhaut mittels Fluorescin, insbes. b. beginnender sympath. Ophthalmie. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 32.

Blincoe, A. G., The prevalence of ametropia and heterophoria with remarks on eye-strain. Amer. Pract. and News XXVIII. 1. p. 3. July.

Blumenthal, L., Mein erstes Decennium augenärztl. Praxis. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 35. 36.

Borthen, Lyder, Die Lepra d. Auges. Klinische Studien. Mit patholog.-anatom. Untersuchungen von *H. P. Lie*. Leipzig. Wilhelm Engelmann. 4. VII u. 195 S. mit 17 Textfigg., 15 Lichtdruck- u. 9 chromolithogr. Tafeln.

Botwinnik, N., Ueber d. Veränderungen d. Astigmatismus unter einigen physikal. u. physiolog. Einflüssen. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 336.

Bourgeois, A., Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 55. Juillet.

Bulson, Albert E., Diseases of the cavities of the nose an important factor in producing affections of the eye. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 336. July.

Cayley, Henry, The eyesight of pilots. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1046.

Chodin, A., Ein seltener Fall von fadenförm. Bildung im Glaskörper. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Collins, E. Treacher, Enophthalmos. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Cramer, Heinrich, Der Argentumkatarrh der Neugebornen. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 165.

De Rosa, Giovan Battista, Di una blefaroplastica eseguita dal Prof. *Cesare Paoli*. Settimana med. LIII. 34.

Discussion on the pathological significance of sympathetic irritation, and its connection, if any, with sympathetic ophthalmitis. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Discussion on visual tests. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Dunlop, James, Eyesight of pilots and railway servants in Scotland. Brit. med. Journ. Oct. 7. p. 958.

Eales, Henry, and Wood White, 2 cases of subconjunctivalrupture of the sclera, with retroflexion of the iris without dislocation of the lens and with the subsequent retention of practically normal vision in each case. Lancet Aug. 12. p. 412.

Fergus, Freeland, The operative treatment of squint. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 204. Sept.

Fromaget, Camille, Statistique des affections oculaires observées à la policlinique pendant l'année 1898—99. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 8. p. 118. Août.

Fromaget, Camille, Sarcomes de la choroïde. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 9. p. 138. Sept.

Gallo, Nicola, L'ambliopia tossica da tabacco. Suppl. al Policlin. V. 38. p. 1185.

Ginsberg, S., Bemerkungen zu d. Arbeit d. Herrn Dr. *R. D. Cohn* über d. Herpes zoster ophthalmicus. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 381.

Goldzieher, W., Iritis glaucomatosa. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 257. Sept.

Griffin, W. Watson, The correction of hyperphoria. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Griffith, John, Primary sarcoma of the fornix conjunctivae. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Gruening, E., Statistics of the ear and eye service. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 275.

Gullstrand, A., Ueber d. Bedeutung d. Dioptrie. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 46.

Hailes, C. D. G., The clinical aspect of iritis. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 326. Oct.

Hern, John, The eye symptoms of so-called hayfever. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Hertel, E., Ueber d. Wirkung von kalten u. warmen Umschlägen auf d. Temperatur d. Auges. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 125.

Hirschberg, J., Bemerkungen zur Operation u. zur Anatomie d. Körnerkrankheit. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Heinzel, C., Ein Beitrag zur Kenntniss vom feineren Baue d. Cataracta zonularis. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 647.

Hinshelwood, James, Case of synchysis scintillans associated with syphilitic disease of the eyes. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 134. Aug.

Hoffmann, R., Ueber d. Vorkommen d. Diplobacillenconjunctivitis. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 638.

Holmström, Johan, Några försök med bortskrapning af hornhinnefläckar. Hygiea LXI. 8. s. 229.

Jackson, Edward, The choice of drugs to dilate the pupil. Med. News LXXV. 7. p. 204. Aug.

Jensen, Edmund, Nogle Öjenundersögelser hos gamle Individuer. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 30.

Ignatjew, Th., Zur Frage d. Extractio cataractae ohne Iridektomie. Woj.-med. Shurn. 1. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Kaempffer, R., Coloboma lentis congenitum. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 558.

Kalisch, Richard, The absorption of uncomplicated immature cataract by conjoined manipulation and instillation. Med. News LXXV. 16. p. 485. Oct.

Kendirdjy, L., Kyste hydatique de l'orbite. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 592. Juin.

Kossobudski, Ein Fall von Membranbildung im Glaskörper. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztcchr. 7.

Koster Gzn., W., De verhouding van den musculus tarsalis superior Mülleri bij ptosis congenita. Nederl. Weekbl. II. 9.

Lagrange, Félix, Des spasmes toniques du muscle ciliaire chez les enfants et de la valeur de la skiascopie dans l'oeil atropinisé. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 29. Juillet.

Lagrange, Félix, Tuberculose de l'iris. Presse méd. VII. 59. 68.

Lapersonne, E. de, Des névrites optiques liées aux sinusites sphénoïdales et aux maladies de l'arrière cavité des fosses nasales. Ann. d'Oculist. CXXII. 3. p. 182. Sept.

Lawson, Arnold, The correction of refractive errors in the treatment of trachoma. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Levinsohn, Georg, Beitrag zur Nachstaaroperation. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 207. Juli.

Levinsohn, Georg, Ueber Entfernung von

Fremdkörpern aus d. Hornhaut. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Lobanow, S., Die Weite der Lidspalte bei den Eingebornen [im Gouvernement Ufa]. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Lodge jun., Sam., A consecutive series of cases of removal of the lens in high myopia. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Mc Hardy, Malcolm, Visual tests misused in examination of candidates for the executive of the royal navy. Brit. med. Journ. Sept. 23.

May, Charles H., Restoration of the conjunctival cul-de-sac in a case of total symblepharon by means of *Thiersch's* skin grafts. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 296.

Morax, V., et Elmassian, Du rôle des toxines dans la production des inflammations de la conjonctive. Ann. d'Oculist. CXXII. 2. p. 81. Août.

Mühsam, W., Taubheit als Complikation d. Staaroperation. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Norman-Hansen, C. M., Om Behandling af perforerende Öjenläsioner med en Konjunktivalsutur. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 32.

Obarrio, P. de, Etude expérimentale sur la cataracte traumatique. Ann. d'Oculist. CXXII. 2. p. 114. Août.

Oliver, Nouveau procédé d'implantation de boules de verre dans l'orbite. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 54. Juillet.

Parisotti, Nouveau périmètre enrégistrateur. Ann. d'Oculist. CXXII. 2. p. 130. Août.

Pawel, E., Beitrag zur Lehre von d. Chorioidealsarkomen. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 71.

Péchin, Alph., Iritis bilatérale d'origine palustre. Gaz. hebd. XLVI. 63.

Pfister, Julius, Die Behandlung d. ekzematösen Augenleiden in d. allgemeinärztl. Praxis. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 17.

Pick, L., Beiträge zur Tortuositas vasorum. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 382.

Piltz, J., Ueber Vorstellungsreflexe d. Pupillen b. Blinden. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 16.

Rau, Staarausziehung b. stärkster Kurzsichtigkeit. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Reid. G. Archdall, The temperance fallacy. Lancet Oct. 14.

Renner, W., Trachoma and race. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 754.

Rogman, Sur la pseudo-accommodation dans l'aphakie. Belg. méd. VI. 35. p. 257.

Rogman, L'iridectomie dans le traitement de glaucome simple peut-elle être utile? Belg. méd. VI. 39. p. 385.

Salomonsohn, H., Ueber cirkuläre Randkeratitis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Salzmann, M., Das Sehen in Zerstreuungskreisen u. die scheinbare Accommodation der Aphakischen insbesondere. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 168.

Schmidt-Rimpler, H., Ueber binoculares, stereoskop. u. körperl. Sehen b. einseit. Aphakie u. einseit. Sehschwäche unter Berücksicht. d. Unfallsgesetzgebung. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 43.

Schoen, Wilh., Die geschichtl. Entwickelung unserer Kenntniss d. Staarkrankheit. Leipzig. Alfred Langkammer. 8. 24 S. 80 Pf.

Schoute, G. J., Een geval van cornea verwonding met perforatie der iris. Nederl. Weekbl. II. 6.

Schroeder, Th. von, Ueber d. Schutzbrillen d. Arbeiter. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Schultz, P., Eine hiesige Badeanstalt d. Infektionsort verschied. Trachomerkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 39.

Scott, Kenneth, A case of destructive ulceration of the eyelids. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Sidler-Huguenin, Ein Hülfsmittel zur Entfernung von Fremdkörpern aus d. Hornhaut. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 20.

Silex, P., Zur Frühdiagnose d. Chorioidealsarkome. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 32.

Smith, Priestley, On the treatment of strabismus in young children. Lancet Sept. 23.

Snell, Simeon, On the prevention of eye accidents occurring in trades. Brit. med. Journ. Aug. 12. Vgl. Sept. 9. p. 688.

Stevens, George T., Ablenkung der vertikalen Netzhautmeridiane. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 386.

Stilling, J., Ueber die Operation des Nachstaars. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 261. Sept.

Story, Advancement of the recti muscles of the eyeball. Dubl. Journ. CVIII. p. 222. Sept.

Uhthoff, W., Uebertragung von Augenerkrankungen durch Küssen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Valude, E., L'hétéroplastie orbitaire. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 46. Juillet.

Velhagen, Kurze Bemerkung zu dem Aufsatz d. Herrn Prof. *Deutschmann*: „zur Pathogenese d. sympath. Ophthalmie". Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 204. Juli.

Wecker, L. de, Das asept. Tätowiren d. Hornhaut. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 375.

Wecker, L. de, L'iritomie appliquée au dégagement de l'iris de la cornée. Ann. d'Oculist. CXXII. 3. p. 161. Sept.

Weiss, L., Exstirpation eines grossen retrobulbären Tumors nach d. *Krönlein*'schen Operationsmethode mit Erhaltung der Sehkraft u. mit guter Stellung u. guter Beweglichkeit des Auges. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 39.

Weiss, L., u. W. Klingelhöffer, Welchen Werth hat die Röntgenphotographie f. den Nachweis von Fremdkörpern im Augeninnern. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 291.

West, Samuel, Albuminuric retinitis. Lancet Aug. 19.

Wheatly, Arthur W., A case of epithelioma of the conjunctiva; enucleation. Lancet Sept. 9. p. 719.

Woodward, J. H., Epiphora, or the wathery eye. New York med. Record LVI. 7. p. 223. Aug.

Yarr, M. T., A further contribution to the study of malarial eye affections. Brit. med. Journ. Sept. 9.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Afanassieff, Grawitz, Lobanow, Raehlmann. IV. 2. Mandl; 4. Zimmermann; 8. *Basedow'sche Krankheit, Ophthalmoplegie,* Dolén, Drew, Günzburg, Königshöfer, Lapersonne, Hallauer. V. 2. a. Reuling, Sattler. XI. Cobb, Delstanche. XIII. 2. Basso, Bronner, Derby, Guaita, Hinshelwood, Hoor, Tarutin, Veasy; 3. Guillery. XV. Geelmuyden. XX. Pergens, Schlepckow, Schorss.

XI. Specielle Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes u. Rachens.

Alexander, F., Bericht über d. im J. 1898 behandelten klin. u. ambulator. Kranken. [Universitätsklinik f. Ohrenkrankh. zu Strassburg i. E.] Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 3. p. 260.

Baber, E. Creswell, 30 years progress in rhinology. Brit. med. Journ. Aug. 12.

Barth, Ad., Zur Perkussion des Warzenfortsatzes. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 107.

Baumgarten, Egmont, Ein bisher nicht beschriebenes Geschwür d. harten Gaumens. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 9.

Breitung, Max. Mittheilung zur Behandlung d. chron. progress. Schwerhörigkeit durch hochfrequente Erschütterungsmassage d. Trommelfells vermittels d.

elektromotor. Luftpumpe. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 8.

Brocard, M., Un cas de vertige de Ménière. Arch. gén. N. S. II. 3. p. 310. Sept.

Bronner, Adolph, The local use of formalin in the treatment of atrophic rhinitis (often called ozaena). Brit. med. Journ. Oct. 14.

Bruck, Franz, Die Behandl. d. genuinen Ozaena mittels d. permanenten Tamponade. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 74.

Bruck, Alfred, Ein Wattetupfer f. d. Kuppelraum. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXIII. 7.

Brühl, Gustav, Die 8. Versamml. d. deutschen otolog. Gesellschaft in Hamburg am 19. u. 20. Mai 1899. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 7.

Burnett, Charles H., Pneumomassage of the external auditory canal compared with inflation of the tympanum. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 651. Aug.

Carrel, A., Cancer de l'amygdale. Lyon méd. XCI. p. 485. Août.

Cima, Francesco, Bacillo resistente all'acido (Smegmabacillo) nell'essudato delle otiti nei bambini. Torino. Unione tipogr. editr. 8. 11 pp.

Cobb, Carolus M., Asthenopic symptoms and headache caused by the more common forms of intranasal disease. Med. News LXXV. 5. p. 133. July.

Cobb, Frederic C., Peritonsillar abscess. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 4. p. 81. July.

Dadysett, H. J., On the various domestic remedies, with their effects, used by the people of India for certain diseases of the ear. Lancet Sept. 16.

Danziger, Fritz, Können Trommelfelldefekte plötzl. Tod im Bade herbeiführen? Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 9.

Delstanche fils, Importance de l'examen ophthalmoscopique dans les affections purulentes de l'oreille. Gaz. hebd. XLVI. 74.

De Simoni, A., Ricerche sull'ozena. Policlin. VI. 16. p. 346.

Downie, Walker, A case in which a small coin was lodged in the larynx for 4 weeks; removal with forceps under cocaine. Lancet Oct. 14. p. 1018.

Eichler, Akute Vereiterung d. Zellen d. Warzenfortsatzes nach Verletzung der Gehörgangswand, ohne dass das Trommelfell perforirt wurde. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 6. p. 299.

Eisenbarth, Bernhard, Ein Fall von spontan geheiltem tuberkulösen Kehlkopfgeschwür. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 205.

Escat, E., La pratique du tubage dans la clientèle. Presse méd. VII. 70.

Fischl, Rudolf, Erfahrungen über Anginen im Kindesalter. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 39—41.

Gaglio, G., Expériences sur la l'anesthésie des canaux semicirculaires de l'oreille. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 377.

Gaudier, Sarcome de la loge amygdalienne simulant un phlegmon de la région. Echo méd. du Nord III. 39.

Gaudier, Tuberculose aiguë de l'oreille moyenne. Echo méd. du Nord III. 39.

Gerrard, P. N., Otitis externa tropica. Lancet Sept. 23.

Grant, Dundas, Laryngitis secondary to nasal disease. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Grunert, K., u. W. Zeroni, Jahresbericht über d. Thätigkeit d. k. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1897 bis 3. März 1898. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 3 u. 4. p. 153.

Gutzmann, H., Ueber d. angeb. Insufficienz d. Gaumensegels. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Hall, F. De Haviland, Epistaxis due to a leech. Lancet Sept. 23. p. 858.

Hartmann, Arthur, Bericht über d. Leistungen u. Fortschritte auf d. Gebiete d. Ohrenheilkunde im 1. Quartal d. J. 1899. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 117.

Haug, Ein Fall von Nekrose d. Schnecke. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 124.

Hecht, A., Bericht über d. Ergebniss der an d. Zöglingen d. Taubstummenanstalt zu Ratibor O.-S. angestellten Untersuchungen. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 57.

Hedderich, Bericht über die 6. Versammlung d. Vereins süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg am 3. April 1899. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 173.

Henke, R., Zur Morphologie d. Epiglottis. Ihre Varietäten u. Anomalien im Spiegelbilde. Berlin. Oscar Coblentz. 8. 52 S. mit 2 Tafeln. — Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 7. 8.

Hoover, C. F., The diagnostic value of the *Wintrich* tracheal sound. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 423. Oct.

Jordan, Ch. Richard, Fortschritte in d. chirurg. Behandl. d. Ohreneiterungen. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 8. p. 367.

Kickhefel, Die Untersuchung der Zöglinge der städt. Taubstummenschule zu Danzig. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 78.

Klemperer, F., Die Bedeutung u. Behandlung d. adenoiden Vegetationen d. Nasenrachenraums. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 394.

Körner, O., Zur Kenntniss d. Uvula bifida. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 75.

Laubinger, Heinrich, Beiträge zur Casuistik d. Othämatome u. d. Perichondritis. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 135.

Lauffs, F., Ueber d. Erfolge ohrenärztl. Behandl. d. Taubstummen. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 40. 41.

Lermoyez, Marcel, La contagiosité des otites moyennes aiguës. Presse méd. VII. 64.

Leutert, Ernst, Bakteriol.-klin. Studien über Complikationen akuter u. chronischer Mittelohreiterungen. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 3 u. 4. p. 190. XLVII. 1 u. 2. p. 1.

Löhnberg, Emil, Zur Frage d. Ozaenatherapie. Nebst Entgegnung von *Franz Bruck*. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 79. 82.

Lucae, A., a) Ueber cariöse u. traumat. Labyrinthläsionen mit besond. Berücksicht. d. Schwindelerscheinungen u. d. Ausfall d. *Weber*'schen Versuchs nebst einigen techn. Bemerkungen zur sogen. Radikaloperation. — b) Zur physikal. Feststellung einseit. Taubheit, resp. Schwerhörigkeit. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u 2. p. 85. 101.

Mc Auliffe, George B., Removal of exostoses of the external auditory canal by a hook. New York med. Record LVI. 13. p. 444. Sept.

Malherbe, Aristide, Operative treatment of chronic suppurations of the attic. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Manasseh, A. J., Epistaxis due to a leech. Lancet Sept. 16. p. 785.

Merx, Ueber einen Fall von chron. Urticaria der Schleimhaut d. Halsorgane. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.

Meslay, R., et Paul Viollet, Examen bactériologique de 4 cas de rhinite atrophique (ozène). Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 746. Juillet.

Mettler, L. Harrison, A note upon aural vertigo (Menière's disease) and the organ of equilibration. Medicine V. 8, p. 617. Aug.

Morpurgo, Eugenio, Bericht über d. 3. Versamml. d. ital. Gesellschaft f. Laryngologie, Otologie u. Rhinologie, abgehalten in Rom vom 28.—30. Oct. 1897. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 3 u. 4. p. 273.

Nadoleczny u. Laubinger, Jahresbericht über d. im J. 1898 auf d. Ohrenabtheilung d. kön. Universitätspoliklinik zu München (Dr. *Haug*) zur Behandlung

gelangten Ohrenkrankheiten. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 66.

Obraszoff, N., Ein Fall von Eklampsie bei Trommelfellschnitt. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 7.

Passow, A., Die Therapie d. chron. exsudativen Mittelohrentzündungen. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 398.

Phthisie laryngée chronique, ses indications thérapeutiques. Gaz. des Hôp. 107.

Pritchard, Urban, The growth of otological science. Lancet Aug. 19.

Ray, J. Morrison, A case of sarcome of the tonsil; 3 removals; recurrence after each; death from metastases in mesentery and bowel. Med. News LXXV. 10. p. 302. Sept.

Rohrer, F., Anomalies of the auricle. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Roy, Dunbar, Some fallacies in the modern treatment of nose and throat diseases. Med. News LXXV. 8. p. 228. Aug.

Rudloff, P., Bericht über d. 8. Versammlung d. deutschen otol. Gesellschaft zu Hamburg am 19. u. 20. Mai 1899. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 147.

Rudloff, P., Versamml. deutscher Ohrenärzte u. Taubstummenlehrer. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

Saxtorph Stein, V., Om Labyrinthlidelser. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 30.

Scheppegrell, W., The treatment of incipient laryngeal cancer. Med. News LXXV. 6. p. 171. Aug.

Schlagenhaufer, Friedrich, Ein Fall von cyst. Entartung d. Schleimhaut d. Nase u. ihrer Nebenhöhlen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 35.

Schwabach, Ueber Erkrankungen d. Gehörorgans bei perniciöser Anämie. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 1.

Schwartze, H., Ueber erworbene Atresie u. Striktur d. Gehörgangs u. deren Behandlung. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 71.

Schwendt, A., Untersuchungen von Taubstummen. Wien. med. Presse XL. 43.

Seiler, Carl, Facial eruptions due to intranasal disease. New York med. Record LVI. 8. p. 263. Aug.

Sendziak, Johann, Einige Bemerkungen betreffs d. operativen Behandl. d. Larynxkrebses. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 9.

Stetter, Zur conservativen Specialbehandlung d. chron. Mittelohreiterung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37. 38.

Strangways, F. W., The treatment of diseases of the ear. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 361. Aug.

Sturmann, Zur Behandlung der Kehlkopftuberkulose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 551.

Theobald, Treatment of acute otitis media following influenza. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 137. July.

Toeplitz, Max, Sitzungsbericht d. laryngol. Sektion d. New York Academy of Medecine vom 26. April 1899. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 276.

Tomka, S., Der Gebrauch der Schilddrüse in der Ohrenheilkunde. Ungar. med. Presse IV. 25.

Villaret, Die Zunahme d. Ohrenerkrankungen in unserer Armee. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 462.

Woods, Robert, Chronic pharyngitis. Dubl. Journ. CVIII. p. 220. Sept.

Yearsley, Macleod, Notes on the use of suprarenal extract in rhinology. Brit. med. Journ. Oct. 14.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Vincent. IV. 2. Garampazzi, Hilbert, Kraus, Robinson, Rördam, Schaefer, Stanculeanu, Symonds; 3. Scheppegrell; 8. Adelung, Baumgarten, Bormans, Lapersonne, Touche; 9. Muck; 10. Róna; 11. Descos, Downie, Goldschmidt. V. 2. a. Berend, Borbéty, Cooper, Discussion, Gruening, Haug, Hegetschweiler, Honsell, Küttner, Mangold, Martin, Milligan, Muck, Nadoleczny, Reuling, Santi, Sattler, Scheppegrell, Spiess, Tscherning, Young. VII. Avellis. X. Baudoin, Bulson, Gruening, Hern, Mühsam. XIII. 2. Baumgarten, Libby, Mc Feely, Phillips, Somers. XVI. Oppenheim. XX. A.

XII. Zahnheilkunde.

Adloff, P., Ueber den gegenwärt. Stand unserer Kenntniss von d. Dentitionen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 10. p. 457. Oct.

Bardach, H., Eine Variation d. doublirten Füllung. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 8. p. 379.

Bericht über d. Verhandlungen d. 38. Jahresversamml. d. Centralvereins deutscher Zahnärzte. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 420. Sept.

Bericht über die am 7. Mai 1899 in Gera abgehaltene Jahresversamml. d. zahnärztl. Vereins für Mitteldeutschland. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 439. Sept.

Cantlie, James, The early decay of the teeth in Britain. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Geist-Jacobi, G. P., Zahnheilkunde einst u. jetzt. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 413. Sept.

Loos, Rudolf, Ein Satz von Wurzelhebeln f. den Unterkiefer. Oest.-ung. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 275.

Natzler, S., Zahnarzt u. Zahntechniker. Wien. med. Presse XL. 36.

Partsch, C., u. Alfred Kunert, 4. Bericht d. Poliklinik f. Zahn- u. Mundkrankheiten d. zahnärztlichen Instituts d. kön. Univ. Breslau. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 391. Sept.

Roemer, O., Die Wucherungen an d. Zahnwurzel. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 10. p. 449. Oct.

Stern, G. J., Streiflichter zur Beleuchtung zahnärztl. Heilmethoden. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 8. p. 383.

Sternfeld, Alfred, Ueber d. sogen. frühzeitige Extraktion d. 6jähr. Molaren. Oest.-ung. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 257.

Verhandlungen d. 23. Versamml. d. zahnärztl. Vereins f. d. Königreich Sachsen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 10. p. 480. Oct.

Wolf, Moriz, Ein Beitrag zur Extraktion tief abgebrochener Wurzeln u. Einiges über d. Anatomie d. Kiefers u. d. Zähne. Oest.-ung. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 279.

S. a. I. Harms, Roemer. VIII. Troitzky. XIX. Bickel. XX. Abonyi.

XIII. Pharmakologie u. Toxikologie.

1) *Allgem. Pharmakologie. Pharmacie.*

Bolognesi, Revue générale clinique sur les nouveaux remèdes. Bull. de Thér. CXXXVIII. 4. 6. 12. 14. p. 131. 215. 433. 566. Juillet 30, Oct. 15.

Bradbury, J. B., The place of pharmacology in the medical curriculum. Brit. med. Journ. Aug. 12.

Cabanès, Quelques remèdes secrets d'autrefois. Bull. de Thér. CXXXVIII. 7. p. 241. Août 23.

Gallois, Paul, Quelques nouveaux corps intéressants au point de vue pharmacologique. Bull. de Thér. CXXXVIII. 3. p. 82. Juillet 23.

Kionka, H., Ueber neuere Arzneimittel. Therap. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 411.

Lech, D. J., The evolution of pharmacy. Brit. med. Journ. Oct. 7.

Payne, J. C. C., The history of pharmacy in Ireland. Lancet July 29.

Simon, De l'accoutumance aux médicaments. Gaz. hebd. XLVI. 62. — Gaz. des Hôp. 88.

S. a. II. Schwarz. IV. 3. Goldmann; 4. Osborne, Stadelmann; 5. Riegel. XVI. Schaefer. XIX. Becker, Medicinalkalender. XX. Oefele.

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Ahlfeld, F., Der Alkohol als Desinficiens. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 117.

Åhman, G., Om behandling af syfilis med merkuriol. Hygiea LXI. 8. s. 200.

Baccarani, Umberto, Ricerche comparative sull'eliminazione della urea, dell'acido solforico combinato e sulla tossicita'urinaria, in seguito alla somministrazione delle criofana et fenacetina. Rif. med. XV. 185.

Basso, D., Il protargol nella terapia oculistica. Gazz. degli Osped. XX. 91.

Batsch, Ileus u. Atropin. Grossenhain i. S. Herm. Starke. 8. 23 S. 1 Mk. 50 Pf.

Baumgarten, Egmont, Das Phenolum natrosulphoricinicum in d. Rhino-Laryngologie. Wien. klin. Wchnschr. XII. 35.

Beatty, Wallace, Mercury in disease of the heart. Dubl. Journ. CVIII. p. 257. Oct.

Bellu Forteleoni, Nicolò, Azione biologica dell'essenza di semesanto sui vertebrati superiori ed inferiori; azione dell'essenza sui cestodi e sui nematodi. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Berlioz, F., Assimilation et élimination des phosphates et phosphites de créosote et de gaïacol. Bull. de Thér. CXXXVIII. 5. p. 172. Août 8.

Bettmann, Ueber d. Behandl. d. gonorrhoischen Epididymitis mit Salicylpräparaten. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 38.

Bidoli, Lorenzo, Il lievito di birra in terapia. Gazz. degli Osped. XX. 106.

Blech, Gustav, Ueber Anwendung d. Jodpräparate in d. Chirurgie. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 7. p. 326. Juli.

Bloch, Richard, Dionin als schmerzstillendes Mittel. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 418.

Blomquist, Arvid, Merkuriol, ett nytt qvicksilferpreparat innehållande metallisk quicksilfver finfördeladt enlig en ny metod. Hygiea LXI. 8. s. 215.

Blumfeld, J., The prevention of sickness after anaesthetics. Lancet Sept. 23.

Boinet, Valeur thérapeutique du bleu de méthylène dans l'impaludisme. Bull. de Thér. CXXXVIII. 6. p. 193. Août 15.

Boross, E., Intravenöse Injektionen mit weinsteinsaurem Sublimat bei Infektion mit Streptokokken u. Staphylococcus pyogenes aureus. Ungar. med. Presse IV. 26 u. 27.

Boyd, James, The so-called abortive treatment of typhoid by calomel. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 852.

Bronner, Adolph, The use of homatropine in some cases of muscular asthenopia. Brit. med. Journ. Sept. 23. — Lancet Oct. 7.

Bumm, E., Der Alkohol als Desinficiens. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 353.

Charpentier, H., Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche. Revue d'Obstétr. XII. p. 229. Juillet—Août.

Cheesman, Edward R. R., Quinine as an antipyretic. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1009.

Chelmonski, Adam, Jodnatrium u. Jodkalium als Heilmittel b. Blutungen. Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 635.

Cipriani, Antonio Giuseppe, Experimentelles u. Klin. über d. Argentol, insbes. als Darmantisepticum. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 68.

Cipriani, Ant. Giuseppe, Erfahrungen über d. Behandl. d. Appetitlosigkeit (Anorexie) u. d. Erbrechens d. Schwindsüchtigen mit Validol. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 75.

Cohn, Georg, Die Physiologie u. Pharmakologie d. Caffeingruppe. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40. 41.

von Criegern, Zur Kenntniss d. *Alexander*'schen Behandlungsmethode d. Phthisis durch Injektionen von Oleum camphoratum Ph. G. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Cullinan, N., Bromide of strontium in the treatment of epilepsy. Lancet Oct. 7.

Curti, Egisto, L'acido fenico per iniezone nella cura della pustola maligna. Gazz. degli Osped. XX. 106.

Cyon, E. von, Die physiolog. Herzgifte. Arch. f. Physiol. LXXVII. 5 u. 6. p. 215.

Derby, H., Holocain in d. operativen Augenheilkunde, seine Ueberlegenheit über Cocain, sein therapeut. Werth. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 389.

Dematteis, Prospero, La cura dell'erisipela coll'unguento mercuriale. Gazz. degli Osped. XX. 118.

De Renzi, E., u. G. Boeri, Ueber d. Heilwirkung d. Thiocol „Roche". Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Dixon, Walter E., The physiological action of the alkaloids derived from anhalonium Lewinii. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 69.

Durdufi, G. N., Ueber gefässerweiternde Mittel. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 121.

Emmert, Protargol, ein neues Silberpräparat. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19.

Eschle, Ueber die Wirkungsweise des Guajakolcarbonats gegen d. tuberkulöse Infektion. Bad. ärztl. Mittheil. LIII. 16.

Ewald, C. A., Chloral b. Magenneurosen. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 553.

Falk, Edmund, Beitrag zur Kenntniss d. Stypticinwirkung. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 484.

Feer, E., Zur Bromoformbehandl. d. Keuchhustens. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19.

Fessel, F., Ueber d. Verhalten d. Brom im Thierkörper. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 39.

Floret, Ueber d. Wirkung d. Protargols b. Erkrankungen u. Verletzungen d. Haut. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. Beil.

Friedeberg, Zur Anwendung d. Naftalan. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 31.

Friis, St., Behandl. d. akuten Rehe mit Antifebrin. Ztschr. f. Thierhkde. III. 4 u. 5. p. 308.

Funk, Notiz über d. Radikalbehandlung zweier Fälle von Lupus vulgaris mittels Guajakolpinselungen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 5. p. 216.

Gaglio, G., Su di un nuovo preparato per l'iniezione ipodermica ed endovenosa della chinina. Policlin. VI. 15. p. 383.

Galeazzi, R., ed A. Grillo, L'influenza degli anestetici sulla permeabilità renale. Policlin. VI. 18. p. 404.

Gastinel, Du permanganate de potasse dans le traitement de la dysentérie et de la rectite. Gaz. des Hôp. 101.

Gintl, F., Weitere Bemerkungen über d. Wirkung von Glaubersalzlösungen auf d. Salzsäurereaktion. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 345.

Gioffredi, Carlo, La piperazina nella cura dei tofi gottosi. Gazz. degli Osped. XX. 100.

Giuranna, G. B., A proposito del tiocolo *Roche*. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Goldberg, Das Hydragonin u. dessen Wirksamkeit. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 538.

Gottschalk, S., Ueber das Stypticin bei Gebärmutterblutungen. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 354.

Gren, Per, Om merkuriol och dens användning vid syfilis. Hygiea LXI. 8. s. 245.

Groedel, J., Bemerkungen zur Digitalisbehandl. b. chron. Kreislaufstörungen, insbes. über continuirl. Gebrauch von Digitalis. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 283.

Guaita, L., Azione della peronina sull'occhio umano Settimana med. LIII. 40.

Hare, H. A., A preliminary note on the use of asparagus as a diuretic. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 589. Sept.

Heidingsfeld, Ueber Citrophen. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 65.

Hermann, Aug., Die Glycerinbehandl. d. Nephrolithiasis. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 519.

Hinshelwood, James, The use of euphthalmin, a new mydriatic. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Hirschkron, Johann, Erfahrungen über schmerzstillende Mittel b. Rheumatismus, Gicht u. Neuralgien. Wien. med. Presse XL. 32.

Hodara, Menahem, Ueber den Gebrauch des Chrysarobin b. d. Pityriasis oder d. Eccema siccum seborrhoicum d. Gesichts u. d. Kopfhaut, b. d. Pityriasis capitis, d. Alopecia pityrodes et seborrhoica. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 6. p. 264.

Hoor, Karl, Ueber d. baktericide u. Tiefen-Wirkung d. Argentamins. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 225. Aug.

Jacobäus, H., Om modere Sölvterapi. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 35. 36.

Joanin, Valeur pharmacodynamique des dérivés hydraziniques. Bull. de Thér. CXXXVIII. 5. p. 176. Août 8.

Jollasse, Otto, Ueber Behandl. d. Chlorose mit Fe-Klystieren. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Jordan, Arth., Versuch mit Thiolum liquidum b. einigen Hautkrankheiten. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 32.

Kapelusch, Eugen, Ueber Chloroformnarkose. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41.

Klein, Stanislaus, Die Eisensomatose, nebst einigen Bemerkungen über sogen. Anaemia infantum pseudoleucaemica. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 536.

Klink, Wilhelm, Grosse Heroindosen ohne Intoxikationserscheinungen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Knape, Ernst V., Om järnresorptionen i digestionskanalen. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 978.

Kölbl, Friedrich, Ueber d. Behandl. d. Ekzems u. einiger anderer Hautkrankheiten mit Naftalan. Wien. med. Presse XL. 37. 38.

Leichtenstern, O., Ist Chloroform ein Bandwurmmittel? Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 389.

Leistikow, Leo., Ueber Vasogenum spissum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 7. p. 323.

Lenné, Ist Djoëatin-Boersch (Antimellin) ein Heilmittel gegen Diabetes mellitus? Deutsche med. Wochenschr. XXV. 40. Beil.

Libby, George F., Treatment of suppuration of the middle ear with acetanilid. Med. News LXXV. 16. p. 493. Oct.

Lomonaco, D., u. L. Ponichi, Ueber d. Wirkung d. Chinins auf d. Malariaparasiten. Med. Centr.-Bl. XXXVII. 33.

Maberly, John, On the pharmacology of some South African plants. Lancet Sept. 30.

Mc Feely, J. D., An inoperable case of epithelioma of the larynx and neck treated with formalin injections. Brit. med. Journ. July 29.

Marer, Josef, Ueber Naftalanbehandlung d. Ekzems. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 41.

Marsh, Ernest L., On the value of perchloride of mercury as a desinfectant for flours. Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 268. Oct.

Mazischewski, J., Die desinficirenden Eigenschaften d. Chinosols. Wojn.-med. Shurn. 1. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Melis Schirru, Benvenato, Iniezioni ipodermiche di fosfato acido di sodio nella clorosi. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Mesnard, P. A., Le baume de Canada dans le traitement de la cystite. Presse méd. VII. 71.

Moncorvo, Sur la valeur des badigeonnages de gaïacol synthetique, comme moyen d'éclairer le diagnostic différentielle de la fièvre paludéenne et de la tuberculose aiguë ou subaiguë dans l'enfance. Bull. de l'Acad. 3. S. XLIII. 31. p. 230. Sept. 19.

Moyer, Harold N., The use of cascara sagrada in habitual constipation. Medicine V. 8. p. 652. Aug.

Nencki, M., et J. Zaleski, Sur le rôle et le sort des péroxydes de benzoyl et de calcium dans le canal digestif de l'homme et du chien. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 1. p. 71.

Neumann, Ueber subcutane Chininanwendung u. über Euchinin. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 547.

Oppenheim, H., Notiz über ein wenig beachtetes oder vergessenes Purgans (Cassia fistulosa). Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 467.

Paschkis, Heinrich, Verordnungsweisen des Naftalan. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 76. 77.

Pascolett, Sigismondo, Le iniezioni di acido fenico nella cura del tetano. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Penrose, Clement A., Infusion of salt solution with a special method for the administration of oxygen inhalations as a treatment in pneumonia. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 127. July.

Phillips, Wendell C., A preliminary report upon the use of pure carbolic acid in the treatment of mastoid wounds and chronic suppuration of the middle ear. New York med. Record LVI. 10. p. 332. Sept.

Radestock, Ueber Jodpräparate u. deren Dosirung. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 551.

Reeb, Moritz, Weitere Untersuchungen über d. wirksamen Bestandtheile des Goldlacks (Cheiranthus Cheîri L.). Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 130.

Reina, G. B., Dell'uso dell'unguento mercuriale nella cura della pustola maligna. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Rendle, A. C., Hydrobromate of hyoscine in chorea. Brit. med. Journ. July 29. p. 274.

Roberts, A. Milson, Arsenic as an external irritant. Lancet Sept. 9. p. 718.

Robin, A., et Binet, Action de l'arséniate de soude et de l'arsénite de potasse sur le chimisme respiratoire. Bull. de Thér. CXXXVIII. 11. p. 401. Sept. 23.

Roche, Antony, The use of bromide of strontium in epilepsy. Lancet Aug. 19. p. 512.

Roelig, Ed., Ueber Anwendung u. Wirkung von Aristol b. Brandwunden u. Verbrennungen. Deutsche Med.-Ztg. 56.

Rosemann, Rudolf, Ueber d. angebl. eiweisssparende Wirkung d. Alkohols. Arch. f. Physiol. LXXVII. 7 u. 8. p. 405.

Rosenbach, O., Chloralhydrat als Sedativum b. manchen Formen nervöser Dyspepsie. Therap. Monatsh. XIII. 9. 101. p. 475. 554.

Rossi, Andrea, Sul valore terapeutico del Tiocolo Roche. Gazz. degli Osped. XX. 97.

Rost, E., Ueber d. Schicksal d. o-Oxy-Chinolins u. über d. Ausscheidung d. gepaarten Schwefelsäuren im Harne d. Hundes, nebst einem Anhang über d. Zusammensetzung d. Chinosols. Arb. a. d. kaiserl. Gesundh.-Amte p. 298.

Ruhemann, J., Studie zur innern Anwendung d. Protargols. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. Beil.

Saalfeld, Edmund, Ueber Eigone. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 60.

Salkowski, E., Ueber d. antisept. Wirkung von Salicylaldehyd u. Benzoësäure-Anhydrit. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 416.

Santesson, C. G., Einige Versuche über d. Athmungswirkung d. Heroins. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Scholtz, W., Ueber d. Nachweis von Arsen auf biolog. Wege in d. Hautschuppen, Haaren, Schweiss u. Urin. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42.

Seifert, R., Guaiacol carbonate and creasote carbonate in bronchitis and pneumonia. Lancet Sept. 9.

Smith, J. G., Note on 12 cases of epileptic insanity treated by means of bromide of strontium. Lancet Aug. 12.

Sobel, Jacob, Dangers of headache powders. New York med. Record LVI. 14. p. 477. Sept.

Somers, Lewis S., Die Anwendung d. Xeroforms b. chron. eitr. Mittelohrentzündung. Wien. med. Presse XL. 39.

Stefanelli, P., Sulle iniezioni ipodermiche di sali di ferro, di manganese e di arsenico nella cura della clorosi. Settimana med. LIII. 40.

Steggall, S. L. J., The use of quinine in malarial hemoglobinuria. New York med. Record LVI. 8. p. 259. Aug.

Tappeiner, H. von, Ueber d. Wirkung d. Mucilaginosa. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38. 39.

Tarutin, Ueber d. Wirkung d. Holocains auf d. menschl. Auge. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Tereni, Simone, La risipola e le iniezioni ipodermiche di fenolo, in punti lontani dal focolaio d'infezione. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Thiemich, Martin, Ueber d. Ausscheidung von Arzneimitteln durch d. Milch b. stillenden Frauen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 495.

Tissot, De l'eau oxygénée en chirurgie. Gaz. des Hôp. 101.

Unna, P. G., Natronperoxydseife. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 4. p. 167.

Vallon, Ch., et Wahl, Le bleu de méthylène comme hypnotique. Progrès méd. 3. S. X. 42.

Veasey, Clarence A., A note on the employment of solutions of toluidin-blue in external inflammatory disease of the eye. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 586. Sept.

Vertun, Ueber Validol, ein neues Mentholpräparat. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Viquerat, Beiträge zur Tuberkulinfrage. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 10.

Wallace, G. B., u. A. R. Cushny, Ueber Darmresorption u. d. salin. Abführmittel. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u. 4. p. 202.

Weber, Hermann, Ueber d. Wirksamkeit d. Protargols in einem Falle von Blennorrhöe b. Erwachsenen. Wchnschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges II. 42.

Welt Strauss, Rosa, Experimente über die keimtödtenden Fähigkeiten gewisser Augensalben. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 388.

Werler, Oscar, Das lösl. metall. Quecksilber als Heilmittel. Berlin. S. Karger. Gr. 8. 36 S. mit 2 Tafeln.

Wierzbicki, Sigismund, Klin. Beobachtungen über d. Werth d. Heroins. Klin.-therap. Wchnschr. 27.

Winternitz, H., Ueber die Wirkung einiger Morphinderivate auf d. Athmung d. Menschen. Therap. Monatsh. XIII. 9. p. 469.

Wolf, Moriz, Einiges über Creolin insbes. dessen Wirkung auf Erysipel. Wien. med. Presse XL. 41.

Wunderlich, Zur Anwendung von Orthoform. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

S. a. I. Einhorn, Lawrow. IV. 2. Haussmann; 4. Osborne, Stadelmann; 5. Meier, Milian, Winckler; 6. Koranyi; 9. Anderson, Aporti; 10. *Arzneiexantheme;* 11. Kattenbracker. V. 1. Schaeche, Tschistowitsch. VI. Beuttner. VII. Gossett. X. Jackson. XI. Bronner, Downie. XIV. 3. Bleyer. XV. Kaup, Mesnard, Nestchadimenko. XIX. Becker.

3) *Toxikologie.*

Audeoud, H., Note sur le vanillisme professionel. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 10. p. 627. Oct.

Bassompierre et G. Schneider, Envenimation par la piqûre de la vive; accidents d'intoxication suraiguë; traitement par le sérum antivénimeux. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 301. Oct.

Berg, Henrik, Den kroniska alkoholismens behandling. Eira XXIII. 19.

Box, Charles R., A fatal case of poisoning by crystals of permanganate of potassium. Lancet Aug. 12. p. 411.

Brieger, Ueber d. Pfeilgift d. Wakamba (Deutsch-Ostafrika). Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Cardile, P., Sopra 2 casi d'avvelenamento per olio essenziale di trementina. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 441.

Coates, W. H., Poisoning by mercuric chloride (corrosive sublimate); death; necroscopy. Lancet Sept. 16. p. 784.

Dearden, W. F., Fragilitas ossium amongst workers in Lucifer match factories. Brit. med. Journ. July 29.

Deléarde, A., La colique saturnine. Gaz. des Hôp. 105.

Delobel, De l'empoisonnement par les champignons. Presse méd. VII. 78.

Deutsch, Wilhelm, Chron. Morphinismus; 2 gelungene Selbstentziehungen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31.

Emmerich, Otto, Moderne Gesichtspunkte b. d. Behandl. d. chron. Morphinismus. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 31. Beil.

Garnier, L., Tentative d'empoisonnement par le sulfate de cuivre. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 356. Oct.

Gioffredi, C., Recherches ultérieures sur l'immunisation pour la morphine. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 398.

Grawitz, E., Ueber Giftwirkungen d. Extractum filicis maris aethereum u. ihre Verhütung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Guillery, Ueber d. Einfluss von Giften auf d. Bewegungsapparat d. Augen. Arch. f. Physiol. LXXVII. 7 u. 8. p. 321.

Hall, F. de Havilland, Plumbism and appendicitis. Lancet July 29. p. 302.

Harnack, Erich, Antwort auf d. Bemerkungen Prof. *Dreser's* zu meinem Aufsatze: Ueber d. Giftigkeit d. Heroins. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Haw, Walter H., Strychnine poisoning and its detection in exhumed bodies. Lancet Sept. 23.

Henriot, J., Intoxication saturnine par grattage d'obus. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 152. Août.

Holst, H. F., Et forgiftningstilfälde. [Lusesalve, Kviksölv.] Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1173.

Johannessen, Axel, Om ludforgiftninger. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 10. Forh. S. 100.

Langer, Josef, Untersuchungen über d. Bienengift. Abschwächung u. Zerstörung d. Bienengiftes. Arch. internat. de Pharmacodyn. et de Thér. VI. 3 et 4. p. 181.

Kionka, H., Die chron. Schwefelkohlenstoffvergiftung. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 17. p. 569.

Köster, Georg, Beitrag zur Lehre von d. chron. Schwefelkohlenstoffvergiftung. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 569.

Mandl, Hugo, Ein Fall von Morphiumvergiftung nach Einspritzung von 1 cg Morphium. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 41.

Mitchell, J. K., A case of mercurial poisoning. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 505. Aug.

Nason, Edward Noël, An outbreak of food poisoning at Nuneaton. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 791.

Palmieri, Armando, Avvelenamento acuto da atropina. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Piga, Vincenzo, Il favismo. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 357. Giugno.

Pohl, J., u. E. Münzer, Ueber d. Verhältniss der subakuten Salmiakvergiftung zur Säurevergiftung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 28.

Roncati, Cura del morfinismo. Gazz. degli Osped. XX. 100.

Rossiter, Charles E., Note on a case of poisoning by linimentum opii, with report of the necropsy. Lancet Oct. 14. p. 1016.

Schuler, Vergiftung durch Bromäthyl? Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXXI. 4a. p. 696.

Vogel, Karl, Ein Fall von chron. Trionalvergiftung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40.

Wahncau, Kohlenoxydvergiftungen durch Gasbadeöfen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 314.

Wanitschek, Ein Fall von plötzl. Tod während d. Narkose. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 37.

S. a. I. Wachholtz. II. Herringham, Santangelo. III. Forchheimer, Hartzell, Hoppe. IV. 5. Borchgrevink; 10. Leredde. X. Gallo. XIII. 2. Klink, Sobel. XIV. 4. Andrews. XVI. Brouardel. XIX. Becker. XX. Bombaugh.

XIV. Allgemeine Therapie.

1) *Bäder und Kurorte; Klimatologie.*

Balneologencongress, österreichischer. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41. 42. 43.

Bosányi, Béla, Les sources chaudes sulfureuses de Budapest. Budapest. Eggenberger. 8. 16 pp.

Carles, P., L'eau gazeuse dite „de seltz". Gaz. des Hôp. 95.

Dapper, Carl, Ueber d. Indikationen d. schwachen Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg) bei Magenkrankheiten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 355.

Ewald, C. A., Die Kinderheilstätten an d. deutschen Seeküsten u. ihre prophylakt. u. curativen Erfolge. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Fiquet, A., Action de la douche-massage tempérée d'Aix-les-Bains sur la nutrition. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 129. Août.

Fisk, Samuel A., Concerning Colorado. Med. News LXXV. 12. p. 360. Sept.

Grellety, Avantage du changement de station hivernale. Bull. de Thér. CXXXVIII. 4. p. 143. Juillet 30.

Helms, O., Kurstedet Davos. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 40.

Hensen, H., Ueber d. Wirkung kohlensäurehaltiger Bäder auf die Cirkulation. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Langenhagen, Paul de, Menton som Vinteropholdssted. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 37. 41.

Lindemann, E., Das Inselklima d. Nordsee nach Beobachtungen auf Helgoland. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 424.

Macalester, Richard K., Some clinical observations on the action of the thermal waters of Glenwood springs in gout and lithemia. Medicine V. 8. p. 644. Aug.

Manicus, H. T., Klimato-terapeutiske Meddelelser fra Madeira i de senere Aar. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 32.

Müller, Franz C., Bericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete d. Balneotherapie u. Hydrotherapie. Schmidt's Jahrbb. CCLXIV. p. 73.

Spengler, A., Die Landschaft Davos als Kurort gegen Lungenschwindsucht. 2. Aufl. Davos. Hugo Richter. 8. 83 S. mit 2 Tabellen.

Stifler, Ueber physiologische Bäderwirkung. III. Berlin. Eugen Grosser. 8. 16 S.

Ullmann, Carl, Die Infektionsgefahren in d. Kurorten u. Schutzmaassregeln gegen dieselben. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31—36.

Wick, Die Statistik in Kurorten. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 40.

Ziffer, Emil, Die Elemente d. Klimas u. deren therapeut. Verwendung. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 36. 37. 38. 40.

S. a. I. Ziffer. II. Aron, Gottstein, Meissen. IV. 2. *Sanatorien;* 5. Dapper. VI. Robin. XX. Marcuse.

2) *Hydrotherapie, Massage, diätet. Kuren.*

Altdorfer, M., Some theoretical and practical remarks on hot air bath. Dubl. Journ. CVIII. p. 87. Aug.

Eulenburg, A., Ein vereinfachter Apparat zur Bewegungstherapie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. Beil.

Ewer, L., Ein Zimmerboot als heilgymnast. Apparat. Aerztl. Polytechn. 8.

Fujikawa, Y., Die Massage in Japan. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 15. 16.

Giertsen, Per Egeberg, Skulderleddets massage. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1147.

Grebner, F., Die mechanotherapeut. Beeinflussung d. Reaktionsfähigkeit d. Hirncentren. Wien. klin. Wochenschr. XII. 38. 39.

Herz, Max, Zur Indikationsstellung in d. maschinellen Heilgymnastik. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 347.

Kolisch, Rudolf, Ueber d. Anwend. d. Wassers in d. innern Medicin. Klin.-therap. Wchnschr. 13. 14.

Kuthy, D., Zur Didaktik der Hydrotherapie u. Klimatologie in Ungarn. Wien. med. Presse XL. 39—41.

Rieder, H., Die neu errichtete mechan. hydriat. Abtheilung im Krankenhause München l. I. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

S. a. IV. 2. Macalester, Wolff; 8. Belfàdel, Maréchal. Petrén, Wiener, Winternitz. V. 2. b. Truslow. VIII. Le Gendre. X. Schultz. XI. Burnett. XIV. 1. Fiquet.

3) *Elektrotherapie.*

Bleyer, J. Mount, On ozone and its generation by the static current for therapeutic use. New York med. Record LVI. 11. p. 366. Sept.

Debédat, X., Appareil inverseur-interrupteur rapide; considérations électrophysiologiques sur la dégénérescence musculaire. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 8. p. 113. Août.

Frankenhäuser, Vorläuf. Mittheilung über ein neues Verfahren zur langdauernden Anwendung starker galvan. Ströme. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 34.

Jaboulay, L'électrisation du sympathique cervical chez l'homme. Lyon méd. XCI. p. 548. Août.

Jaboulay, La faradisation du plexus hypogastrique et du plexus solaire. Lyon méd. XCII. p. 39. Sept.

Leviseur, J., Cutaneous electrolysis. New York med. Record LVI. 8. p. 262. Aug.

Zimmern, Les courants ondulatoires, leurs applications thérapeutiques, particulièrement en gynécologie. Presse méd. VII. 61.

S. a. I. *Elektrotechnik.* II. *Elektrophysiologie.* III. Battelli, Bill. IV. 10. Vollmer. XIV. 4. Lindemann, Salaghi. XVI. Prevost.

4) *Verschiedenes.*

Amat, Ch., La mycodermothérapie. Son emploi dans la furonculose. Bull. de Thér. CXXXVIII. 13. p. 481. Oct. 8.

Andrews, O. W., On the preparation and use of *Calmette's* antivenene. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Ascoli, V., I metodi terapeutici introdotti in clinica dal Prof. *Guido Baccelli.* Policlin. VI. 19. p. 433. — Rif. med. XV. 176—179.

Babel, Revue critique des travaux suisses de thérapeutique. Bull. de Thér. CXXXVIII. 13. p. 491. Oct. 8.

Balvay, Etat infectieux grave traité par les injections de sérum artificiel. Lyon méd. XCI. p. 469. Août.

Bie, Valdemar, Remarks on Dr. *Finsen's* phototherapy. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Biggs, Hermann M., The serum-treatment and its results. Med. News LXXV. 5. p. 137. July.

Boghean, Demetrius, Demonstration eines Respirationsapparates zur Regelung d. Tiefe u. d. Rhythmus d. Athmung auf rein maschinellem Wege. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 605.

Burghart, Ein Apparat zur subcutanen u. intravenösen Infusion. Aerztl. Polytechn. 8.

Burghart, Beiträge zur Organotherapie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37. 38.

Burwinkel, Aerztlich-therapeut. Taschenbuch. Leipzig. Georg Thieme. 16. VI u. 107 S.

Butler, George F., Therapeutics, past, present and future. Medicine V. 8. p. 629. Aug.

de Cérenville, Contributions à l'opothérapie. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 512. Août.

Colleville, G., De la photothérapie à l'acétylène. Gaz. hebd. XLVI. 80.

Colombo, Carlo, e Mario Diamanti, La fototerapia. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Curlo, G., Di una modificazione all'apparecchio per le iniezioni endovenose e la ipodermoclisi. Gazz. degli Osped. XX. 112.

Diehl, Die Suggestion in d. Hypnose, ein therapeut. Rüstzeug in d. Hand d. prakt. Arztes. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 9. p. 652.

Encyklopädie der Therapie; herausgegeben von *Oscar Liebreich.* III. 2. Berlin. A. Hirschwald. Gr. 8. S. 321—640.

Ewald, C. A., Organotherapeutisches. Arsen u. Thyreoideapräparate (Jodothyrin). Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 385.

Hofmann, A., Die Suggestionstherapie in der internen Medicin. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37. 38.

Kattenbracker, Hermann, Das Lichtheilverfahren, begründet durch physiolog. Thatsachen u. prakt. Erfahrung. Allgemeinverständlich dargestellt. Berlin. Wilh. P. Berndt. 8. V u. 195 S. mit Abbildungen. 2 Mk. 50 Pf.

Klemperer, G., Ueber die Lichttherapie. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 356.

Laborde, J. V., Contribution nouvelle à l'application de la méthode des tractions rythmées de la langue; 14 cas de résurrections vitales dans la période de 3 mois de vacances (juillet, août et septembre). Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 33. p. 273. Oct. 3.

Lacroix, P., An apparat for inhalation. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Lereboullet, Sérothérapie reconstituante par le sérum de lait. Gaz. hebd. XLVI. 59.

Liebersohn, E. A., Ein Apparat f. d. Anwendung von heissem strömenden Dampfe. Aerztl. Polytechn. 9.

Lindemann, E., Ueber Elektrotherm-Compressen (elektr. erwärmte Umschläge). Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Logan, Roderic, The use of antistreptococcic serum. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 852.

Mossé, Prosper, L'opothérapie ovarienne. Gaz. des Hôp. 114.

Organotherapie s. IV. 8. *Allan, Boinet, Salomon;* 9. *Anderson, Bate, Remlinger, Stoeltzner.* XI. *Tomka, Yearsley.* XIV. 4. *Burghart, de Cérenville, Ewald, Mossé, Schäfer, Sugár.* XX. *Neuburger.*

Reich, Nikolaus, Der Thermo-Aërophor. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 628.

Rosenfeld, M., Ueber d. therapeut. Verwerthung d. Röntgenstrahlen. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 413.

Rost, Ueber d. Verwendung ausschliessl. Rectalernährung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Salaghi, S., Termoforo elettrico per applicazioni locali del calore. Settimana med. LIII. 30.

Salaghi, S., Delle applicazioni locali del calore mediante gli apparecchi a circolazione di aria o d'acqua calda. Settimana med. LIII. 39.

Schäfer, E. A., and Swale Vicent, The physiological effects of extracts of the pituitary body. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 87.

Seelye, H. H., Psychotherapy, or suggestion as a cause and cure of disease. New York med. Record LVI. 10. p. 325. Sept.

Serumtherapie s. III. *Dietrich, von Dungern, Freund, Kassowitz, Padoa, Seng, Tavel, Tizzani, Vincenzi, Weisbecker, Wlaeff.* IV. 2. *Babes, Baskett, Bierens, Cowen, Doty, Garampazzi, Giulio, Holsti, James, Maurice, Myschkin, Padoa, Pascoletti, Rice, Schmidt, Schmitt, Sigel, Wullenweber, Yoanna;* 8. *Woolacott;* 10. *Callari.* V. 1. *Baduel.* VII. *Grimsdale.* VIII. *Soncini.* IX. *Cullerre.* XIII. 3. *Bassompierre.* XIV. 4. *Balvay, Biggs, Lereboullet, Logan.*

Sharp, J. Gordon, The law of the incompatibility in treatment. Lancet Sept. 23.

Sugár, K., Der gegenwärtige Stand d. Schilddrüsenbehandlung u. ihre Anwendung in der Ohrenheilkunde. Ungar. med. Presse IV. 34 u. 35.

Therapeutisches von d. 71. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte zu München. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 10. p. 451.

Umber, F., Therapeut. vom französ. Congress für innere Medicin. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 409.

White, A. Campbell, Liquid air, its application in medicine and surgery. New York med. Record LVI. 4. p. 109. July.

S. a. I. Below, Bokemeyer, Pavy, Popoff. IV. 5. Einhorn, Gillespie; 9. Oliver, Zachrisson; 10. Durlacher, Monro; 11. Kattenbracker. XV. Below. XIX. Dudgeon. XX. Beck, Meyer, Szczepanski.

XV. Hygieine. Sanitätspolizei. Gewerbekrankheiten.

Aikin, W. A., Improved ventilation. Brit. med. Journ. Sept. 2. p. 628.

Alkohol s. XIII. 2. *Ahlfeld, Bumm, Rosemann;* 3. *Berg.* XV. *Baer, Butler, Forel, Kraepelin, Offer, Polter, Reid, Woodhead.* XVI. *Sutherland.*

Arnould, E., et H. Surmont, Souillures et microbes du sol. Echo méd. du Nord III. 36.

Aubert, De l'imperméabilisation du sol des habitations collectives des malades. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 362. Oct.

Auerbach, Norbert, Sanatogen in d. Kinderpraxis. Therap. Monatsh. XIII. 9. p. 486.

Babucke, F., Ueber d. Kohlensäureverunreinigung d. Luft in Zimmern durch Petroleumöfen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 33.

Baer, A., Der Einfluss d. Jahreszeit auf d. Trunksucht. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 36.

Barth, Zur Untersuchung d. Schwimmschüler. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 507.

Beclère; Chambon; Ménard et Coulomb, Transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale et du pouvoir antivirulent du sérum. Gaz. des Hôp. 95.

Below, E., Volkshygieine u. Lichttherapie. Arch. f. Lichtther. I. 1.

Borntraeger, J., Diätvorschriften f. Gesunde u. Kranke jeder Art. 3. Aufl. Leipzig 1900. Hartung u. Sohn. Gr. 16. 36 Abth. 2 Mk.

Boyer, Arthur Irving, An improvised vaccine expeller. New York med. Record LVI. 13. p. 445. Sept.

Brault, J., Hygiène et l'émigrant dans les colonies Africaines. Gaz. des Hôp. 84. 86.

Brosin, Noch einmal d. Lucas Cranach-Ausstellung als Beitrag zur Frauenkleidungsreform. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Brouardel, P., L'hygiène. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 289. Oct.

Brudzinski, J., Ueber d. Emulsionszustand d. Fettes in d. *Gaertner*'schen Fettmilch. Therap. Monatsh. XIII. 9. p. 478.

Butler, William, The influence of heredity upon the drink habit. Lancet Sept. 30. p. 908.

Campbell, Colin, The technique of vaccination. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Darling, Eugene A., The effects of training.

Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. 10. p. 205. 229. Aug., Sept.

Discussion on the means of preventing the spread of infection in elementary schools. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Discussion on recent vaccination legislation and the prevention of small-pox. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Discussion sur les étangs de la Dombes. Lyon méd. XCII. p. 17. 57. 87. 123. 160. Sept., Oct.

Dove, R. Atkinson, An investigation into the bacteriology (aërobic) of the air as found in schools. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Drouineau, A., Le sucre, sa valeur alimentaire, ses rapports avec le travail musculaire. Gaz. des Hôp. 102.

Dunbar, Zur Frage über d. Natur u. Anwendbarkeit d. biolog. Abwasserreinigungsverfahren, insbes. d. Oxydationsverfahren. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 4. p. 625.

Edel, Alexander, Die Schulhygieine nebst Bemerkungen zur Schulreform. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Finger, E., Ist d. gegenwärt. Organisation d. ärztl. Ueberwachung d. Prostitution verbesserungsfähig? Wien. klin. Wchnschr. XII. 36. 37.

Finkelnburg, Ueber Gesundheitsbeschädigungen in Folge d. Kuhpockenimpfung u. d. Maassnahmen zur Verhütung ders. vom sanitätspolizeil. Standpunkte. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVIII. 9 u. 10. p. 357.

Flachs, R., Warum lassen wir unsere Kinder impfen? Dresden. O. V. Böhmert. 8. 15 S.

Fluteau, J. B., et G. Carlier, Les eaux de Versailles. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 3. p. 209. Sept.

Forel, Aug., La question des asiles pour alcoolisées incurables. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 522. Août.

Fowler, W. E., A typical case of vaccinella. New York med. Record LVI. 13. p. 445. Sept.

Fürst, Livius, Kann man Impfpocken aseptisch halten? Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Fürst, Livius, Die neueren Phasen d. Molkereiwesens u. d. Säuglingsernährung von *Liebig* bis *Backhaus*. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 542.

Gärtner, A., Sind Kinderspiel- (Puppen-) Service zu Ess-, Trink- u. Kochgeschirren zu rechnen u. sind sie als gesundheitsschädlich anzusehen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 340.

Gasteazoro, Mariano, Die öffentl. Gesundheitspflege in Uruguay. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35.

Geelmuyden, Sneblindhed og solbrändthed. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 10. Forh. S. 104.

Heim, Max, Ueber Fortschritte in d. Ernährungstherapie u. d. Bedeutung einiger neuerer Eiweisspräparate. Therap. Monatsh. XIII. 9. p. 489.

Hoerschelmann, Ernst, Ernst Blessig u. Ernst Masing, Zur Frage d. sexuellen Hygieine. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 39.

James, J. Brindley, Death certification. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Kaup, Igo, Die Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 42. 43.

Kemna, Ad., Les eaux potables. Belg. méd. VI. 42. p. 484.

Kraepelin, Neuere Untersuchungen über d. psych. Wirkungen des Alkohols. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Kroczak, Ferdinand, Staubgefahr u. Gegenwehr. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 34. 37. 38.

Lauff, Ueber Brunnenanlagen u. Trinkwasserbeurtheilungen. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 487.

Lennhoff, Wohlfahrtseinrichtungen f. d. Arbeiter d. kön. preuss. Wasserbauverwaltung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Lichtenfelt, H., Ueber Tropon. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 42.

Lowndes, Fred. W., Kissing the bool. Lancet Sept. 30. p. 909.

Lübbers, A., Lidt om Sö-karantänen her hjemme i gamle Dage og Nutiden. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 38. 39.

Lueddeckens, Impfung u. Mückenstiche. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Manby, E. Petronell, Meat inspection and the abolition of private slaughter houses. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Marsden, R. Sydney, Overcrowding in secondary schools. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Mesnard, P. A., Désinfection des chambres de malades par l'aldéhyde formique gazeux. Presse méd. VII. 82.

Moore, John William, The water supply of Dublin. Dubl. Journ. CVIII. p. 177. Sept.

Mouton, J. M. C., De school-artsen te Wiesbaden. Nederl. Weekbl. II. 9.

Nestchadimenko, P., De la désinfection des locaux à l'aide de la formaline. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 1. p. 71.

Neumann, R. O., Ueber Soson, ein aus Fleisch hergestelltes Eiweisspräparat. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

Offer, Th. R., u. E. Rosenquist, Ueber die Unterscheidung d. weissen u. dunklen Fleisches f. d. Krankenernährung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Offer, Theodor Robert, Inwiefern ist Alkohol ein Eiweisssparer? Wien. klin. Wchnschr. XII. 41.

Pettersson, Alfred, Experiment. Untersuchungen über d. Conserviren von Fleisch u. Fisch mit Salzen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42.

Pfuhl, E., Bemerkungen zu d. Arbeit: „Ueber d. Filtrationskraft d. Bodens u. d. Fortschwemmung von Bakterien durch d. Grundwasser" von *Abba, Orlandi* u. *Rondelli*. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 497.

Pfuhl, E., Untersuchungen über d. Keimgehalt d. Grundwassers in d. mittelrhein. Ebene. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 118.

Pinkhof, H., Krachtige voeding. Nederl. Weekbl. II. 10.

Post, R. von, Om spott koppar till skydd mot tuberkulos m. f. sjukdomar. Eira XXIII. 17. 18.

Potter, John Hope, Alcohol and its relation to heredity. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 880.

Preininger, V., Die Prager Assanation. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 4. p. 720.

Rabinowitsch, Lydia, u. Walter Kempner, Bemerkungen zu Prof. *Ostertag's* Arbeit „über d. Virulenz d. Milch von Kühen, welche lediglich auf Tuberkulin reagirten, klin. Erscheinungen d. Tuberkulose aber nicht zeigen", sowie Erwiderung auf seine unsern diesbezüglichen Untersuchungen gegenüber gemachten Einwände. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 10.

Reed, Boardman, Displacements and dilatations of the abdominal organs; their relation to faulty modes of dress, and their treatment. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 581. Sept.

Reid, G. Archdall, Alcoholism in its relation to heredity. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Ring, Om Ligsyn paa Landet. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 39.

Rosenbach, O., Der Gesichtsschleier als Ursache d. Nasenröthe. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Rositzky, Alexander v., Ueber ein einfaches, f. d. prakt. Arzt bestimmtes Verfahren zur Kleiderdesinfektion mittels Formaldehyds. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Rybák, Johann, Bericht über d. Thätigkeit d. Staatsimpfstoffgewinnungsanstalt in Neuhaus (Böhmen). Prag. med. Wchnschr. XXIV. 38. 39. 40. 42.

Saltet, R. H., Het ontwerp van wet tot regeling

van het staatstoezicht op de volksgezondheid. Nederl. Weekbl. II. 16.

Schmidtmann, Obergutachten über d. Brauchbarkeit d. Norddeicher Fischteiches f. d. Herstellung einer Trinkwasseranlage. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 332.

Schrimpl, Franz, Ueber die Organisation des Sanitätsdienstes b. d. k. k. Tabakfabriken. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 30—33.

Seelos, Neue Versuche über die Unschädlichmachung von Stärkefabrikabwässern. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 469.

Shelly, C. E., The pollution of the river Lee. Brit. med. Journ. July 29. p. 315.

Siegfried, Martin, Zur Mechanik u. Physiologie d. Cyklistik. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33.

Steinhardt, Ignaz, Zum augenblickl. Stand d. Schularztfrage in Deutschland. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 20 S. 80 Pf.

Stevenson, Thomas, and Arthur P. Luff, Somatose and meat extracts. Lancet Sept. 30.

Symons, W. H., The disinfection of books and other articles injured by steam. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Ustvedt, Yngvar, Hygieniske undersögelser i Finmarkens fiskevär. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 18. S. 623.

Versammlung d. deutschen Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege, Nürnberg, 13.—15. Sept. 1899. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38. — Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 39. 40.

Vollmer, E., Ueber Verbreitung ansteckender Krankheiten durch d. Schulbesuch. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 34.

Wodtke, Ueb. Gesundheitsschädigungen in Fabriken von Sicherheitszündhölzchen durch doppeltchromsaures Kali. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 325.

Woodhead, G. Sims, The influence of heredity upon the drink habit. Lancet July 29.

Zahn, Ueber Wohnungsdesinfektion. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 9. p. 174.

S. a. I. Groot, Taylor. II. Albu, Barbèra, Plesoianu, Weygandt. III. Battelli, Eyre, Henseval. IV. 2. Amat, Woltemas; 8. Allan; 10. Judd, Winternitz; 11. Blaschko, Brown, Barthélemy, Caro, Charmeil, Conférence, Fournier, Frank, Hallopeau, Holstein, Kopp, Lassar, Malthus, Neisser, Verchère, Welch. VIII. Chapin, Klautsch, Koplik, Rubner. X. Bickerton, Cayley, Dunlop, Gallo, Schroeder, Schultz, Snell, Uhthoff. XIII. 2. Marsh; 3. Audeoud, Dearden, Delobel, Johannessen, Nason, Wahncau. XIV. 1. Ullmann. XVII. Crosby. XIX. Bolin, Discussion. XX. Beck.

XVI. Staatsarzneikunde. Gerichtliche Medicin. Unfall-Heilkunde.

Briand, Marcel, De l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 2. p. 237. Sept.—Oct.

Brouardel, P., et Ch. Vibert, Inculpation de l'intoxication par l'huile de foie de morue phosphorée. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 2. p. 113. Août.

Coliez, Considerations médico-légales sur les accouchements inconscients. Revue d'Obstetr. XII. p. 234. Juillet—Août.

Cowan, F. M., Het geval Vemer [Gutachten über d. Geisteszustand eines Mörders]. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 523.

Däubler, C., Ueber d. Unterscheidung menschl. u. thier. Blutes durch Messung von Grössenunterschieden rother Blutkörperchen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 258.

Escande de Messières, Des maladies provoquées ou simulées chez les condamnés aux travaux forcés. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 3. p. 278. Sept.

Figenschau, K. J., Om et tilfälde af ligfödsel. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 544.

Geill, Christian, Die Ruptur innerer Organe durch stumpfe Gewalt. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 205.

Götte, Was bringt das bürgerliche Gesetzbuch den deutschen Aerzten Neues? Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Gundorow, M., Ein Fall von Blitzschlag mit Ausgang in Genesung. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Haag, Ein Beitrag zur Casuistik d. criminellen Schädelverletzungen. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 29.

James, J. Brindley, Reform in the coroners court. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Kreuser, Beitrag zur forens. Würdigung d. Selbstanklagen von Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 4. p. 501.

Lewin, L., u. Strassmann, 2 gutachtl. Aeusserungen über d. Blutbefund b. d. Polnaer Mordprocess. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Littlejohn, Harvey, Medico-legal notes. Edinb. med. Journ. N. S. II. 3. p. 222. Sept.

Mac Donald, Carlos F., The legal versus the scientific test of insanity in criminal cases. New York med. Record LVI. 13. p. 433. Sept.

Malvoz, E., La petréfaction dans ses applications à la médecine légale. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 314. Oct.

Motet, A., La réforme des expertises médico-légales. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 2. p. 188. Août.

Oppenheim, L., Fahrlässige Behandlung u. fahrlässige Begutachtung von Ohrenkranken. Rechtsgutachten. Mit einer Einleitung über d. Nothwendigkeit eines Examens über Ohrenheilkunde in d. Approbationsprüfung d. Aerzte von *O. Körner*. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 225.

Pelman, Gutachten über den des Mords angeschuldigten B. W. Irrenfreund XL. 7 u. 8. 1898.

Prevost, J. L., et F. Battelli, La mort par les courants électriques (courants alternatifs et courants continus). Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 9. p. 545. Sept.

Sadikoff, J.. Ueber Begutachtung d. Verletzungen vom Standpunkte d. gerichtl. Medicin. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 37.

Schaefer, Karl, Kann an einem Recept Urkundenfälschung begangen werden? Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 34.

Schäffer, Allerlei aus d. Unfallpraxis. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 8. 9. p. 257. 292.

Schermers, D., De verzorging van misdadige krankzinnigen en van krankzinnigen misdadigers. Nederl. Weekbl. II. 12.

Stern, E., Isolirte Pankreasverletzungen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 275.

Stooss, Karl, Die Aerzte u. d. Strafgesetz. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 35.

Stucki, R., Zur Frage d. Haftpflicht bei Hernienunfällen. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19.

Sutherland, J. F., Urgency of lesgislation fro the well-to-do inebriate. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Tellegen, Een geval van simulatie van krankzinnigheid. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 547.

Tyrman, Josef, Betrachtungen über simulirte Krankheiten u. deren forens. Beurtheilung durch Militärärzte. Militärarzt XXXIII. 19 u. 20.

Walckenaer, C., Soins a donner aux foudroyés. Gaz. des Hôp. 112.

S. a. I. Wachholz. III. Battelli, Daniels. IV. 2. Büdingen; 8. Sachs, Schuster. V. 2. c. Kocher; 2. e Heymann. VI. Brothers. VII. Knepper. IX. Bonhoeffer, Discussion, Hospital, Nicolson, Reeling. XIII. 3. *Gerichtliche Toxi-*

kologie. XIX. Biberfeld, Becker, Terburgh. XX. Bombaugh, Tietz.

XVII. Militärärztliche Wissenschaft.

Brackett, Elliott G., Volunteer aid work in foreign territory. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 8. p. 188. Aug.

Brunner, C., Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossen. Geschichte der Kriegschirurgie in schweizerischen Landen. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19. p. 595.

Crosby, Dixi, The health of troops in the tropics. New York med. Record LVI. 10. p. 358. Sept.

Devine, William H., Improvements in army medical service, suggested by experience in the late war. Boston med. and surg. Journ. CXLI. p. 157. Aug.

Majewski, Konrad, Ueber eine aus Montur- u. Rüstungssorten d. Infanteristen improvisirte Vorrichtung zum Tragen d. Verwundeten am Rücken. Wien. med. Presse XL. 34.

Merlin, Das neue Seeambulanzschiff d. österr. Ges. vom rothen Kreuze. Militärarzt XXXIII. 15 u. 16.

Ogston, Alexander, The medical services of the army and navy. Brit. med. Journ. Aug. 5. — Lancet Aug. 5.

Steiner, J., Die Feldlazarethübung d. kön. bayer. Sanitätscorps im Herbst 1898. Militärarzt XXXIII. 15 u. 16.

Westerman, C. W. J., De kogel-quaestie. Nederl. Weekbl. II. 8.

S. a. IV. 2. Sanglé, Welch; 11. v. Vogel, Würdinger. X. Mc Hardy. XI. Villaret. XVI. Tyrman. XX. Hecker, Kirchenberger.

XVIII. Thierheilkunde. Veterinärwesen.

Bärner, Eine seltenere Kolikursache. Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 333.

Dexler, H., Anatom. Untersuchungen über den Hydrocephalus acquisitus d. Pferdes. Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 242.

Lépine, R., et B. Lyonnet, Etude sur l'infection typhique chez le chien. Revue de Méd. XIX. 8. p. 577.

Petit, G., Péricardite hémorrhagique chronique du chien. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 619. Juin.

Petit, G., Sur un cas de péricardite chronique du cheval. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 723. Juillet.

Rátz, Stefan von, Parasiten im Magen des Schweines. Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 322.

Réfik-Bey et Réfik Bey, La peste bovine en Turquie. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 7. p. 596. Juillet.

Woodhead, G. Sims., The training and the work of the veterinary surgeon. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

S. a. II. *Zoologie, vergleichende Anatomie u. Physiologie.* III. *Vergleichende Pathologie, Thierexperimente.* IV. 2. Lesieur; 3. Leichtenstern; Cohn, Korbelius. XIII. 2. Friis, Nencki.

XIX. Medicin im Allgemeinen. Ausbildung der Aerzte. Standesinteressen. Hospitäler. Volksschriften. Statistik.

Allbutt, Thomas Clifford, On theory and practice. Lancet Oct. 7.

Aronstam, N. E., Matrimony. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 377. Aug.

Bail, Die Verwaltung d. städt. Krankenhauses in Friedrichshain zu Berlin 1874—1899. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40.

Biberfeld, Der Arzt in d. Reichsgesetzgebung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37. 39. 41.

Becker, Carl, Handbuch der Medicinalgesetzgebung im Königr. Bayern. Heft III. Apotheken, Arzneimittel u. Gifte. München. J. F. Lehmann. 8. V u. 454 S. 10 Mk.

Bickel, Otto, Arzt u. Zahnarzt. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 7. p. 324. Juli.

Biedert, Zur Reform d. deutschen Naturforscher- u. Aerzteversammlung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Blacker, G. F., University College Hospital, its past and its future. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Blake, Clarence J., A hospital clearing house. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 8. p. 186. Aug.

Bloch, Iwan, Die geschichtliche Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. [Berl. Klin. Heft 136.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 30 S. 1 Mk. 20 Pf.

Bolin, Ernst, Om helso-och sjukvården i Upsala stad år 1898. — Sjukligheden i Upsala under året 1898. Upsala läkarefören förhandl. N. F. IV. 8 o. 9. s. 607. 617.

Brauser, Zu d. bayerischen Aerztekammern vom J. 1899. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 33.

Brauser, Der Gesetzentwurf über d. ärztl. Standes- u. Ehrengerichtsordnung vor dem bayrischen Landtage. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

British medical Associaton, 67. annual meeting, held in Portsmouth, Aug. 1.—4. 1899. Brit. med. Journ. Aug. 5. 12. 19; Sept. 2. 9. 16. 23. 30; Oct. 14. — Lancet Aug. 5. 12. 19.

Bruce, J. Mitchell, The outlook in medicine and its lessons. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Cabanès, La médecine dans les ordres réligieux. Bull. de Thér. CXXXVIII. 14. p. 513. Oct. 15.

Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences. XXVIIIe. session tenue à Boulogne-sur Mer du 14 au 21. Sept. Gaz. des Hôp. 109. 110.

Congress, internationaler, d. Aerzte d. Lebensversicherungsgesellschaften zu Brüssel. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Crichton-Browne, James, The quest of the ideal. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Dickinson, W. Howship, Medicine, old and new. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Dietz, Paul, La pratique journalière. Belg. méd. VI. 36. p. 295.

Discussion on the medical tests for admission to the public services. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Dudgeon, E. R., What is homoeopathy? Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 816.

Ehlers, Die Statistik d. Todesursachen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Ellis, R., An international language for scientific men; is it a possibility? New York med. Record LVI. 10. p. 334. Sept.

Erblichkeit s. II. *Bernhart, Palmer, Reid.* IV. 6. *Pel;* 9. *Billings, Londe;* 11. *Pinard, Raymond.* XV. *Butler, Potter, Woodhead.*

Gairdner, William T., 2 disciplines in education. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Garrett Anderson, Elizabeth, The method of studying medicine. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Gleeson, Eduard J., Physician, priest and patient. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 301. July.

Groddeck, Ueber Messen u. Wägen in d. ärztl. Thätigkeit. Wien. med. Presse XL. 43.

Grunmach, F., Ueber d. diagnost. u. therapeut. Bedeutung d. X-Strahlen f. d. innere Med. u. Chirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Harboe, L., Medicinsk höiskole i Bergen. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 539.

Harrington, Thomas F., Philosophy of sickness. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 7. p. 154. Aug.

Hermann, L., Bemerkungen zu einigen neuen Wortbildungen. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 15.

Herzfeld, Georg, Hilfs- u. Taschenbuch f. Vertrauensärzte. Leipzig. Arwed Strauch. 16. 92 S. 1 Mk. 80 Pf.

Hughes, Alfred W., On the present condition of medical education. Lancet Oct. 14. — Brit. med. Journ. Oct. 14.

Index-Catalogue of the library of the Surgeon-Generals Office, United states army. 2. S. Washington. Government printing office. 4. 917 pp.

Kabell, S., Om Fällestakst. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 41.

Kayserling, Arthur, Die Ausstellung f. Krankenpflege in Berlin 1899. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 8. p. 263.

Kjellberg, J., Några statistiska undersökningar rörande dödligheden i Sveriges städer. Hygiea LXI. 7. s. 99.

Knauer, Die Vision im Lichte d. Kulturgeschichte u. d. Dämon d. Sokrates. Leipzig. Wilh. Friedrich. 8. VII u. 222 S. 3 Mk.

Körösy, Josef von, Zur internationalen Nomenclatur d. Todesursachen. Krit. Bemerkungen zu Dr. *Bertillon's* Vorschlägen. Berlin. Puttkammer u. Mühlbrecht. Gr. 8. 42 S. 1 Mk.

Kurz, Gottlob, Eine sterile Ausrüstung f. Krankenpflege. Aerztl. Polytechn. 9.

Laquer, B., Einiges über d. gegenwärt. Stand d. Heilkunde in England. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 18. p. 622.

Lent, Die Medicinalreform in Preussen. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVIII. 9 u. 10. p. 351.

Levy, William, Die Berliner Rettungsgesellschaft, ihre Ziele u. ihre Organisation. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVIII. 7 u. 8. p. 304.

Macdonald, Arthur, Growth and socialogical conditions. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 263. Sept.

Mandowski, Demonstration eines Krankenhebers. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 611.

Manson, Patrick, The need for special training in tropical disease. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Marcuse, Julian, Zur Geschichte d. Krankenhäuser. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 8. 9. p. 251. 282.

Medicinalkalender u. Recept-Taschenbuch 1900. Herausgeg. von *H. Lohnstein.* Berlin. Oscar Coblentz. 16. 216 u. 18 S. mit Notizheften. 2 Mk.

Meyer, George, Kurpfuscherei u. Volksaufklärung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Meyerhof, A., Abnehmende Geburtsfrequenz u. Präventivverkehr. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Meyer's Schreibtisch-Wochenkalender f. Aerzte auf das Jahr 1900. Halberstadt. Meyer's Buchdr. Fol. Kalendarium mit Wochenlisten u. Adressentabellen u. 23 S. 2 Mk.

Moore, John William, On the achievement of the mens medica. Lancet Oct. 14.

Moore, John William, The advance of medicine. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1017.

Morian, Ein neuer Krankenhebeapparat. Aerztl. Polytechn. 8.

Murray, John, The student and his work. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Ørum, H. P., De köbenhavnske Lägevagtstationer. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 18. S. 608.

Okada, W., Das japan. Medicinalwesen u. die socialen Verhältnisse d. japan. Aerzte. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 302.

Pagel, J., Unsere Wissenschaft im Dienste d. Auslands. Mit Erwiderung von *Rob. von Töply.* Wien. klin. Wchnschr. XII. 37.

Peter, Joh., Arzt u. Dichter. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 36.

Platt, Walter B., Medicine as a profession. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 2. p. 29. July.

Plimmer, H. G., Some motives and methodes in medicine. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Powell, Richard Duglas, Recent advances in practical medicine. Brit. med. Journ. Aug. 5. — Lancet Aug. 5.

Prinzing, Fr., Die Vergleichbarkeit d. Sterblichkeitsziffern verschied. Zeiträume. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 416.

Prinzing, Friedrich, Die Gestaltung d. Sterblichkeit im 19. Jahrhundert. Ztschr. f. Socialwissensch. II. 10. p. 696.

Putnam, James J., Not the disease only, but also the man. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 3. 4. p. 53. 77. July.

Raymond, Paul, Morbidité en France; influence de race et de milieu. Revue de Méd. XIX. 9. p. 657.

Renssen, W., De verzorging der gebrekkigen en mismaakten. Nederl. Weekbl. II. 5.

Roberts, Frederick T., On the progress of medicine in the 19th. century. Lancet Oct. 14.

Saundby, Robert, The proper objects and necessary limitations of medical education. Brit. med. Journ. Oct. 7.

Schlegtendal, B., Alte u. neuzeitl. Anschauungen vom Kranksein in krit. Beleuchtung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Schober, Medicin u. Politik. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 31.

Schröder u. Mennes, Eine besond. Art „wissenschaftl.“ Thätigkeit [ein Plagiat]. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Schwalbe, J., Das städt. allgem. Krankenhaus im Friedrichshain zu Berlin 1897—1899. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40.

Schwartz, Oscar, Ueber Unterricht u. Prüfung der f. d. ersten Hülfsleistungen b. Verwundungen im Kriege u. plötzl. Unglücksfällen im Frieden auszubildenden Personen. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 4. p. 705.

Sherman, George H., The cause and prevention of overcrowding in the profession. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 362. Aug.

Sicherer, Otto, Med. Reiseerinnerungen aus Paris. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35.

Skematisk Sygeliste for Kongeriget Danmark i Sept. Maaned i Aar 1899. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 42. Bil.

Stephan, Emil, Der Aerztestand u. d. Volk in Columbia. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Stransky, Max, Streiflichter aus d. ärztl. Standesleben. Die Regierung u. d. Aerztekammern. Wien. med. Presse XL. 42.

Svenska läkaremötet. Eira XXIII. 17. 19.

Terburgh, J. T., Statistische beschouwingen over de in de jaren 1896 en 97 voorgekomen ziektegevallen onder de dwangarbeiders te Sawah-Loento. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 4. blz. 375.

Töply, R. von, Unsere Wissenschaft im Urtheile d. Auslands. Wien. klin. Wchnschr. XII. 33.

Vance, Ap Morgan, Charlatinism. Amer. Pract. and News XXVIII. 2. p. 42. July.

Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in München. Wien. med. Presse XL. 39—43. — Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 39—42. — Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39—43. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39—41. — Wien. med. Wchnschr. XLIX. 39—41.

Vogelius, Lägernes Forsikringsforening. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 34.

Wulff, E., u. Hohmann, Ein neues Krankenbett mit Matratze aus Malaccarohr. Aerztl. Polytechn. 9.

Wynn, Frank B., A new departure in medical society work. The pathological department of the Indiana State med. Society. Medicine V. 10. p. 806. Oct.

von Ziemssen, Medicinisches aus Constantinopel. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

S. a. II. Aron, Gottstein, Javal, Lee, Meissen. III. Friedmann. IV. 2. Bond, Crum; 3. Meyer. VIII. Kronfeld, Scharlau.

XX. Med. Geographie, Geschichte, Bibliographie, Biographien.

A., L., Die Behandlung d. Angina u. Diphtherie im *Caelius Aurelianus*. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Abonyi, J., Die Zahnheilkunde im Zeitalter des Hippokrates. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 9. p. 448.

Beck, Arthur, Zur diätet.-physikal. Therapie d. *Galen*, bes. b. Fieber. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 29 S.

Biographical sketch of *John Archer*. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 141. Aug.—Sept.

Bloch, Die 19000 Leproserien im 13. Jahrhundert. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 69.

Bombaugh, Charles C., Female poisoners, ancient and modern. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 148. Aug.—Sept.

Bramwell, Byrom, 35 years of medical progress. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Brandt, Kr., Nekrolog over *Lawson Tait*. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 18. S. 605.

Brown, A. Crum, Dr. *John Mayow*. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 116. Aug.

Calvert, William Jephtha, The history of the medical department of Transsylvania university and its faculty. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 153. Aug.—Sept.

Chiari, Ottokar, *Karl Stoerk*. Wien. klin. Wochenschr. XII. 38.

Clark, Henry E., A rare medical book and its author. [Supplementum chirurgiae by *James Cooke* 1655.] Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 241. Oct.

Cordell, E. F., Sketch of *John Crawford*. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 158. Aug.—Sept.

Cousins, J. Ward, A sketch of the century's progress in medicine and surgery. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Ebstein, Wilhelm, Nochmals d. Pest d. Thukydides. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Erinnerung an *Ludwig Snell*. Psychiatr. Wochenschr. I. 29.

Foster, Michael, The growth of science in the century and its lessons. Lancet Sept. 16.

Gerber, P. H., Goethe als Mediciner. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 43.

Hecker, Organisation d. Düsseldorfer Militärhospitals unter französ. Verwaltung im J. 1808. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 449.

Herda, Wilhelm, Die Anatomie d. *Heinrich von Mondeville* (14. Jahrh.). Zum 1. Male in's Deutsche übertragen u. mit Anmerkungen versehen. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 30 S.

Heymann, P., *Carl Stoerk*. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Ingenhoven, Ueber d. geograph. Verbreitung d. schlimmsten Krankheiten auf d. Erde. Wien. med. Presse XL. 34. 35.

Johnston, Collins H., Some eminent physicians of ancient times. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 326. July.

Kirchenberger, Zur Geschichte d. österr. Militär-Sanitätswesens im 16., 17. u. 18. Jahrhundert. Militärarzt XXXIII. 19 u. 20.

Kraus, Carl, *Edward Baynard*, ein Badearzt vor 200 Jahren. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31. 32. 33.

Labbé, Léon, *Jules Simon*. Gaz. des Hôp. 112.

Lahache, Du Tougourt à Ouargla. Etude géologique et hydrologique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 273. Oct.

von Leyden, *Wilhelm Ohrtmann*. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Ludwig, E., *Robert Wilhelm Bunsen*. Wien. klin. Wchnschr. XII. 41.

Marcuse, Julian, Bäder u. Badewesen im Alterthume. Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXXI. 4a. p. 673.

Marcuse, Julian, Die Krankheitsgeschichte des Kaiser Augustus. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 84.

Meige, Henry, Les peintres de la médecine (Ecoles flamande et hollandaise). Le mal d'amour. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 340. Juillet—Août.

Meyer, Friedrich, Beitrag zur Therapie d. *Galen*. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 29 S.

Neuburger, Max, *Theodor Puschmann*. Wien. med. Presse XL. 41.

Neuburger, Max, Die thierischen Heilstoffe d. Papyrus Ebers. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41. 42. — Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 82.

Odenius, M. V., Ur *Henri de Mondeville's* Cyrurgia. Hygiea LXI. 8. s. 247.

Oefele, Keilschriftmedicin: Pharmakologie; ein Mineral gegen Molimina gravidarum. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 71. 73.

Oefele, Gonorrhöe 1350 vor Chr. Geb. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 6. p. 260.

Otterbein, Die Lichtvertheilung auf d. Erde. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 31. 32. 33.

Pagel, *Theodor Puschmann*. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Pergens, Ed., *Leonhard Fuchs'* alle Kranckheyt der augen (1539). Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 197. 231. Juli, Aug.

Pergens, Ed., Bemerkungen zu *Fukala's* Refraktionslehre im Alterthume. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 378.

Perrenon, Eugen, Die Chirurgie d. *Hugo von Lucca* nach d. Mittheilungen b. *Theodorich* (13. Jahrh.). Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 30 S.

Potel, *Nicolas de la Framboisière* et la médecine il y a 3 siècles. Echo méd. du Nord III. 35. 38. 41.

Pott, Dr. *Theodor Weber*. Ein Gedenkbl. zu seinem 70. Geburtst. am 18. Aug. 1899. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 33.

Preuss, Materialien zur Geschichte der talmud. Medicin. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 61—64. 76. 80. 81.

Puschmann, Theodor, Die Medicin in Wien. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31. 32.

Sachsalber, Prof. *Borysiekiewicz*. Wien. klin. Wchnschr. XII. 40.

Sano, Fr., De la langue des sciences en général et de l'emploi de la langue nationale en particulier. Belg. méd. VI. 37. p. 391.

Schede, M., Athen u. Constantinopel u. ein deutsches Reformwerk in d. Türkei. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 41. 42.

Schlepckow, Friedrich, Die Augenheilkunde d. *Alcoatim* a. d. J. 1159 (Theil III). Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 31 S.

Schön, Theodor, Geschichte d. Medicinalwesens d. württemb. Städte. Das Medicinalwesen d. Stadt Reutlingen. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 36. 39.

Schorss, Karl, Die Augenheilkunde d. *Alcoatim* a. d. J. 1159 (Theil IV). Zum 1. Male in's Deutsche übers. u. mit Anmerkungen begleitet. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 34 S.

Szczepanski, Josef, Beitrag zur Therapie d. *Galen*. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 32 S.

Tietz, Julius, Beitrag zur Therapie d. *Galen*. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 31 S.

Töply, Robert von, *Goethe*. Wien. klin. Wochenschr. XII. 35.
Töply, Robert v., Pestepidemien d. Vergangenheit. Wien. med. Presse XL. 37. 38.
Töply, R. von, *Theodor Puschmann*. Wien. klin. Wchnschr. XII. 40.
S. a. II. Gottstein, Meisner. III. Behla, Buchanan, Levin, Mullick. IV. 2. Burch; 8. Faulkner; 11. Bloch. VI. Kelly. VII. Ehlers. XII. Geist. XIII. 1. Cabanès, Payne. XIX. Blacker, Bloch, Dickinson, Marcuse, Schlegtendal.

Sach-Register.

Abdominalschnitt, bei Erkrankungen der Beckenorgane 35.
Abdominaltyphus s. Typhus.
Abortus, bei Tubenschwangerschaft 101. —, durch Medikamente herbeigeführt 152. — S. a. Fruchtabtreibung.
Abscess, d. Leber (multipler amöb. ohne Dysenterie) 13. (chir. Behandlung) 58. —, im Becken u. am Nabel b. Kindern 44. —, im Gehirn (b. Otitis) 52. (in Folge von Phlegmone d. Orbita) 180. —, d. Proc. vermiformis, Schleimfistel b. solch. 227. — S. a. Fixationsabscess.
Abreibung mit concentrirter heisser Salzlösung 82.
Acclimatisation in Grossstädten 69.
Accommodation, Krampf, Nutzen d. Eserins, d. Atropins u. d. Skiaskopie 181.
Aceton, Entstehung 5.
Acetonurie, Entstehung 136.
Acetophenoparamidophenol-Aether, Wirkung 231.
Acetylsalicylsäure, Wesen, Darstellung, Wirkung 17.
Acidose b. Diabetes mellitus 122.
Acokanthera Schimperi 229.
Addison'sche Krankheit, akute Entwickelung 140. —, Verlauf, anatom. Veränderungen 140. —, Diagnose von Melanodermie 141.
Adenofibrom, cystisches in der Leistengegend 227. —, colloides d. Ovarium 255.
Adhäsion, peritonäale 55.
Adenoidgeschwülste, der Nasenrachenhöhle, Bezieh. zu Deformitäten 266.
Adhäsion, peritonäale 55.
Aërocele im Morgagni'schen Ventrikel 30.
Aërometra 257.
Aether, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Aethylbromid, Aethylenbromid, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Aetzkali, Wirkung auf d. Gewebe 252.
Affe, Menstruation u. Ovulation b. solch. 103.
After, Fixation d. Quercolon an dens. nach Resektion d. Colon descendens 57. —, extramediane Spalte, Mastdarmvorfall b. solch. 145.
Agglutination, Mechanismus 10. —, Bezieh. zur Fadenbildung 112.
Agonie, Kaiserschnitt in solch. 40.
Aktinomyces, Morphologie, Biologie 117.
Aktinomykose in d. Schädelhöhle 53.
Albuminurie, während der Schwangerschaft 38. —, intermittirende 249.
Alkohol, Bezieh. zur Epilepsie 24. —, Wirkung auf d. Respiration 123. —, als Desinfektionsmittel 143. —, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Alkoholismus als Urs. von Mord u. Brandstiftung 272. — S. a. Delirium tremens; Säufer.
Allantoiscyste 140.
Alumnol, gegen Entzündung d. Uterus u. seiner Anhänge 32.
Amblyopie, durch Chinin verursacht 127. —, Bezieh. zu Strabismus 181. 269.
Ammoniak, Ausscheidung im Harn bei magendarmkranken Säuglingen 42. 43. —, im Blute b. Säurevergiftung 122.
Amnion, Bänder als Ursache von Missbildung 102. —, Bedeutung d. Integrität d. Sackes f. d. Weiterentwickelung d. Frucht 157.
Amylnitrit, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Amyloidentartung, experimentelle Erzeugung 15. 16. —, Entstehung 16.
Amyloidgeschwulst im Larynx 30.
Anämie, progressive perniciöse, Veränderungen im Rückenmark 28. 131. —, im frühen Kindesalter 258. — S. a. Blutleere; Chlorose.
Anästhesie, regionäre, Anwendung b. grösseren Operationen an d. Extremitäten 47. — S. a. Chloroformnarkose; Hemianästhesie.
Analyse d. Mineralwässer 73.
Anatomie, topographische d. Pferdes (von *Ellenberger* u. *Baum*, 3. Theil) 211.
Aneurysma, operative Behandlung 177.
Angiosarkome, multiple 266.
Anhalonium Lewinii, physiolog. Wirkung d. Alkaloide 229.
Anthelminthicum, Extract. aethereum fil. maris 18.
Antipepton, Wirkung auf d. Blutgerinnung 222.
Antisepticum, Asterol 126.
Antiseptik, Grenzen gegen d. Aseptik 143.
Antistreptokokkenserum, Nutzen bei Puerperalseptikämie 102.
Antitoxin, Wirkung 111.
Anus, Fixation d. Quercolon an dens. b. Resektion d. Colon descendens 57. —, extramediane Spalte, Mastdarmvorfall 145.
Aorteninsufficienz b. einem Kinde 160.
Aponeurosen, perivesicale, morpholog. Bedeutung 7.
Apoplexie s. Blutgefässe.
Appendicitis, Bezieh. zur Gynäkologie u. Geburtshülfe 38. 151. 152.
Appendix vermiformis, Abscess, Schleimfistel nach solch. 227.
Arbeit s. Muskelarbeit.
Argentum s. Protargol.
Argyrose, Symptome 123.
Arm, Blutextravasate an solch. b. Compression d. Unterleibs 53. —, Neuralgie 233. — S. a. Vorderarm.
Arrhythmie, durch Reizung d. Perikardium 200.
Årsberättelse från: Maria sjukhus i Helsingfors (af *R. Sievers*, 1898) 214. —, akademiska sjukhuset i Upsala (af *S. E. Henschen*, 1897. 1898) 215.
Arsen, Verhütung nachtheiliger Wirkung d. Schilddrüsenpräparate durch solch. 122. —, Melanodermie nach d. Anwendung 141. —, Wirkung auf d. Respiration 232.
Arsenige Säure, Einfl. d. Leukocyten auf d. Immunisation gegen dies. 19. —, Oxydation im Organismus 232.

Arteria, *aorta,* Insufficienz d. Klappen b. einem Kinde 160. —, *carotis* communis, Unterbindung b. pulsirendem Exophthalmos 79. —, *femoralis,* Entzündung mit Gangrän d. Beins während d. Schwangerschaft 38. —, *poplitaea,* Zerreissung 63.
Arterien s. Periarteriitis.
Arteriosklerose (von *J. G. Edgren*) 90.
Arzt, Wahrung d. Verschwiegenheit vor Gericht 71.
Ascites, b. Lebercirrhose, operative Behandlung 58.
Asepsis, Grenzen gegen d. Antiseptik 143. —, Grundlage 161.
Asphyxie d. Neugebornen, Hypertrophie d. Thymus als Hinderniss d. Wiederbelebung 72.
Aspirin, Wesen, Darstellung, Wirkung 17.
Assimilation, d. Nahrung b. gesunden u. kranken Säugling 43. —, Bezieh. zur Osmose 110.
Asterol, als Antisepticum 126.
Asthenopie, musculäre, Anwend. d. Homatropins 180.
Asthma, Behandlung d. Anfalles 123.
Astigmatismus, Veränderungen durch verschiedene Einwirkungen 268.
Atlas, d. äusseren Erkrankungen d. Auges (von *O. Haab*) 94. —, anatom. d. geburtshülfl. Diagnostik u. Therapie (von *O. Schaeffer,* 2. Aufl.) 207.
Athmungsorgane s. Respirationsorgane.
Atmokausis gegen Erkrankungen d. Uterushöhle 23.
Atropin, Anwend. b. Ileus 123. —, gegen d. Asthmaanfall 123.
Augapfel, spontane Ausstossung eines Zündhütchenstücks aus solch. 67. —, Galvanokaustik im Innern dess. 69. —, Luxation durch Schneuzen 224. — S. a. Mikrophthalmos.
Auge, Eindringen gelöster Substanzen in d. vordere Kammer 177. —, sympathische Reizung 179. —, eitrige Entzündung b. Foetus als Urs. d. Mikrophthalmos 180. —, centrale u. extramaculare negative Nachbilder 221. — S. a. Atlas.
Augenentzündung, sympathische (Diagnose im Beginne) 66. (nach Tätowirung d. Hornhaut) 67. (Entstehung) 179.
Augenheilkunde, Anwendung d. Blutentziehung u. Revulsion 64. —, d. *Alcoatim* (von *Friedr. Schlepckow; Karl Schorss*) 210.
Augenhöhle, Zellgewebeentzündung 67. —, Implantation von Glaskugeln 180. —, Hirnabscess nach Phlegmone ders. 180.
Augenkrankheiten, Anwend. d. Protargols 125. 126.
Augenlid, Colobom d. untern b. angeborner Falte zwischen d. Stimmbändern 29. —, Transplantation von Lippenschleimhaut an d. Rand 63. —, Fetthernie d. obern 267. — S. a. Distichiasis.
Augenmuskeln, Krebsmetastasen in solch. 268.
Augenoperationen, offene Wundbehandlung nach solch. 64.
Augenspiegel, stabiler mit reflexlosem Bilde 221.
Augenwimper s. Distichiasis.
Auswurf, Hülfsmittel zur Expektoration 25. —, Diplococcus lanceolatus in solch. 113. —, Beschaffenheit b. Bronchitis fibrinosa chronica 134.
Autointoxikation während d. Schwangerschaft 38.

Bacillus, d. Diphtheriepilz ähnl. bei Lepra 12. —, bei Dysenterie 13. —, pyogenes cloacinus 117. —, coli communis in d. Faeces d. Säuglinge 225. —, faecalis alcaligenes 225. —, d. Lepra, Cultur 225. —, d. Hundestaupe 226. — S. a. Diphtheriebacillen; Kapselbacillen.
Bad, heisses (b. Lungenkrankheiten) 74. (Nebenwirkungen) 74. —, f. Soldaten 74. —, kühles, Wirkung auf d. Cirkulation 81. —, warmes, Hautausdünstung u. Hautquellung in solch. 83. —, Anwendung b. Geisteskranken 84. — S. a. Dampfbad; Luftbad; Mineralmoorbäder; Moorbäder; Regenbad; Schwefelschlammbad; Soolbäder.
Badeofen s. Gasbadeofen.
Bänder, amniotische, als Urs. von Missbildungen 102.
Bakterien, solchen feindliche Stoffe (im Blutserum) 9. (in d. Leukocyten) 9. —, b. Keuchhusten 12. —, proteolyt. in d. Faeces b. Säugling 43. —, in Mineralwässern 74. —, Wirkung d. Galle auf solche 109. —, Differentialdiagnose 111. 112. —, anaërobe, Differentialdiagnose der durch solche hervorgerufenen Krankheitzustände 112. —, säurefreie 112. —, im Geschlechtskanale b. Weibe (im puerperalen Uterus) 158. (in d. Vagina) 226. —, b. Delirium acutum 235. —, Fortschwemmen durch d. Grundwasser 269.
Balantidium coli, Vorkommen 250.
Balneographie 76.
Balneologie 73.
Balneotherapie, Bericht 73. —, Verbindung mit Bewegungstherapie 73. —, allgemeine 73. —, specielle 75. —, b. psychischen Erregungzuständen 83.
Bandwurm, Nutzen des Extractum aethereum filicis maris 18. —, Wirkung d. Chloroforms 125.
Basedow'sche Krankheit, Pathogenie, Behandlung 20. —, Beziehung zu Jodismus u. Thyreoideismus 21. —, Geistesstörung b. solch. 21. —, Anwendung d. Elektricität 21. —, Kropfoperationen 21. 22. —, Anwendung d. Galle 22.
Bauch, schwere Contusion, Laparotomie 261.
Bauchfell s. Peritonaeum.
Bauchhöhle, Beziehung d. Lymphgefässe d. Zwerchfells zu solch. 7. —, Heberpunktion b. Operationen in solch. 59.
Bauchschnitt, b. Erkrankungen d. Beckenorgane 35.
Bauchwand, aus Resten d. Wolff'schen Körpers entstandene Cyste an d. hintern 254.
Bauchwunde, Verschluss nach Laparotomie 260.
Bayern, Impfwesen 188.
Becken, Abscesse in solch. b. Kindern 44. —, Spaltung b. Ektopie d. Blase 60.
Beckenenge, Prognose d. Entbindung 154.
Beckenorgane, chron. Entzündung, Behandlung mit Schrotbelastung 33. —, Erkrankungen (operative Behandlung) 35. (Beziehung zu Appendicitis) 151. 152. —, b. Weibe, Differentialdiagnose zwischen Phlebitis u. Lymphangitis 157.
Bein, Gangrän während der Schwangerschaft 38. —, complicirte Frakturen, ambulante Behandlung 62. —, Verhütung d. verschied. Länge b. Coxitis 264.
Beingeschwür, Behandlung 63. 176.
Beiträge zu d. Wirkungen d. Jodoforms (von *J. Gross*) 93. —, Beiträge zu einer Reform d. geburtshülfl. Ordnung im preuss. Staate (von *Bertog, Brennecke* u. *Dietrich*) 96.
Beleuchtung, Einfl. d. Richtung b. d. Untersuchung d. Körperoberfläche 25.
Benzoylsuperoxyd, Verhalten im Verdauungskanal 228.
Beriberi, Epidemie in Dublin 23.
Bericht über d. Physiologie d. Cirkulationsapparates 197. — S. a. Årsberättelse; Medicinalbericht.
Bewegungen d. Dünndarms 108. 109. —, d. Kinder im 1. Lebensjahre 258.
Bewegungstherapie in Verbindung mit Balneotherapie 73.
Bibliographie d. Entomologie (von *J. Ch. Huber.* Heft 2) 92.
Bindehaut s. Conjunctiva; Conjunctivitis.
Blasenmole, destruirende 257.
Blindheit nach Blutungen 68.
Blut, lackfarbiges, Verhalten d. Hämoglobins u. d. elektr. Leitungsfähigkeit 9. —, Bedeutung d. Eisens für d. Bildung 17. —, Kohlenoxyd in solch. 72. —, Wirkung d. Eisenquellen auf solch. 74. —, Krankheiten dess. 89. —, Ammoniakgehalt b. Säurevergiftung 122. —, Concentration b. Nierenkrankheiten 136. —, Kohlenoxyd in solch. b. Chloroformanästhesie 218. —, Gerinnung, Wirkung d. Antipeptons u. d. Proteosen 222. — S. a. Anämie; Lymphämie.

Blutcirkulation, Wirkung kühler Bäder 81. —, Wirkung d. Klimatotherapie 87. —, Einfluss d. Centrifugalkraft 198. 199. —, placentare b. eineiigen Zwillingen 220. —, Wirkung d. Einspritzung von Pepton 222. — S. a. Herz-Lungenkreislauf; Kreislaufsorgane.
Blutdruck, Wirkung d. Salze auf dens. 19. —, Einfl. d. Schwerkraft 19. —, Verhalten b. Schlafen, Wachen 200. —, Einfl. d. Körperlage u. Thätigkeit 200.
Blutentziehung, lokale, Einfluss auf Entzündungen 28. —, Anwendung in d. Augenheilkunde 64.
Bluter, Behandlung d. Gelenkkrankheiten b. solch. 61.
Blutextravasate, an Kopf, Hals, Nacken u. Arm nach Compression d. Unterleibs 53.
Blutgefässe, apoplektischer Zustand, Nutzen der Regenbäder 86. —, Veränderungen durch *Esmarch's* Blutleere 119. —, Veränderungen b. Syphilis 228.
Blutgeschwulst s. Hämatom.
Blutkörperchen, weisse (Eisengehalt) 3. (bakterienfeindliche Stoffe in solch.) 9. (Bezieh. zu d. bakteriellen Stoffen im Blutserum) 9. (Verhalten gegen Streptokokken) 10. (Einfl. auf d. Immunisation gegen arsenige Säure) 19. (Phagocytose) 111. —, rothe (Elektrolyten in solch. von lackfarbigem Blute) 9. (Hämoglobingehalt) 9. (Diagnose von Malariaparasiten) 224. —, Einfluss d. Höhenklimas 87.
Blutleere, *Esmarch's*, Wirkung auf d. Blutgefässe 119.
Blutplasma, Gehalt an Eisen 3.
Blutserum, baktericide Eigenschaften 9. 110. —, Verhalten zu d. Streptokokken 10.
Blutung, Blindheit nach solch. 68. —, aus d. Tuba Fallopiae 101. — S. a. Gebärmutterblutung; Magenblutung.
Boden s. Erdboden.
Boletin de hyjiène i demografia (por *Alejandro de Rio*) 212.
Borsäureschnuller zur Behandlung d. Soor 42.
Bottini's Operation wegen Prostatahypertrophie 60.
Brachialgie 233.
Brachialneuralgie 233.
Brand s. Gangrän.
Brandstiftung durch einen Alkoholiker 272.
Bromäthyl, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Bromoform gegen Keuchhusten 124.
Bronchialdrüsen, Keimgehalt in normalen 135.
Bronchitis fibrinosa chronica 134.
Brown-Séquard'sche Lähmung 130.
Brustfell s. Pleura.
Brustkorb s. Thorax.
Brustwarze, wunde im Wochenbett, Behandlung 159.
Brutapparate, Gefährlichkeit 159.
Bubo in d. Leiste, Behandlung 31.
Buttermilch, Anwend. zur Ernährung d. Säuglinge 43.

Calciumsuperoxyd, Verhalten im Verdauungskanal 228.
Carcinom, d. Uterus (primäres d. Corpus) 104. (abdominale Hysterektomie) 149. (Behandlung während d. Schwangerschaft) 150. (vaginale Hysterektomie) 150. —, d. Tuba Fallopiae 104. —, experimentelle Erzeugung 117. —, Mikroorganismen in solch. 118. —, endotheliales d. Pleura 118. —, d. Magens, Bezieh. d. Lymphdrüsen u. Lymphgefässe zur Verbreitung 119. —, des Penis, Verbreitung u. Prognose 119. —, chem. Zusammensetzung 219. —, Metastasen in d. Augenmuskeln 268. — S. a. Fibrom.
Caries, d. Wirbel, Behandl. d. Difformitäten 170.
Castration, b. Frauen (Folgezustände) 36. (b. Osteomalacie) 39. —, wegen Prostatahypertrophie 60.
Cellulitis d. Orbita 67.
Centralnervensystem, multiple Sklerose (Aetiologie) 129. (Verlauf) 130. —, Pseudosklerose 130.
Centrifugalkraft, Einfl. auf d. Blutcirkulation 198. 199.
Chinin, Amblyopie durch solch. verursacht 127.
Chinolin, Entgiftung durch Schwefel 19.
Chinosol, Verhalten im Organismus 105.
Chirurgie s. Geschichte.
Chlor, im Organismus d. Säuglings 42. —, Aufnahme im Organismus 270.
Chloralhydrat, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Chloroform, Anwendung b. Bandwurm 125. —, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Chloroformnarkose, Anwendung d. Gasometers 47. —, Kohlenoxyd im Blute nach solch. 213.
Chlorose, Wesen 17. —, akute b. akuter Ovariitis 253.
Chlorzink, Injektion in d. Uterus (b. chron. Metritis) 32. (Tod nach solch.) 146.
Cholelithiasis, Entstehung d. Schmerzes 26.
Chorea, Beziehung zu Gelenkrheumatismus 23. —, bei akuter rheumat. Geistesstörung 23. —, tödtl. Verlauf 23. —, Störung d. Rhythmus d. Respiration 249.
Chorion, maligne Entartung d. Epithels 258.
Chylothorax, Entstehung 135.
Cirkulationsorgane, Krankheiten ders. 88. —, Physiologie 197. — S. a. Blutcirkulation.
Cirrhose, d. Leber (Aetiologie, patholog. Anatomie) 13. (Ascites, operative Behandlung) 58. (Vergrösserung d. Milz) 139. — S. a. Pseudocirrhose.
Coagulation d. Blutes, Wirkung d. Antipeptons u. d. Proteosen 222.
Colibacillus s. Bacillus.
Colobom, d. untern Augenlids mit angeb. Falte zwischen d. Stimmbändern 29. —, angebornes d. Linse 267.
Colon, ulcerative Entzündung 13. —, descendens, Resektion mit Fixation d. Quercolon an d. After 57. — S. a. Balantidium.
Colpo-Coeliotomia posterior 253.
Conjunctiva, Injektion unter dies. 64. —, hämorrhag. Lymphektasie 66. —, Keratosis 66. —, Sarkom d. Fornix 178. —, Pseudogono-coccus auf ders. 179.
Conjunctivitis, Meningococcus intracellularis bei eitriger 65. —, Bedeutung d. Toxine f. d. Entstehung 178. —, durch Diplobacillen verursacht 257.
Constipation, während d. Schwangerschaft 37. —, bei peritonäalen Verwachsungen 54. —, Nutzen der Regenbäder 84. —, Hydrotherapie 85. —, Folgen langer Dauer 226.
Cornea, Diagnose d. Endothelerkrankungen 66. —, infektiöses Geschwür, Behandlung 66. —, degenerative Processe in Narben 66. —, Tätowirung (als Ursache von sympath. Ophthalmie) 67. (Einführung von Krankheitkeimen) 67. —, Trübung durch Nitronaphthalin 127.
Corpus luteum (Entstehung von Cysten aus solch.) 256. (prolabirtes) 256.
Corsett s. Redressionscorsett.
Couveuse, Gefährlichkeit 159.
Coxa vara (traumatica, Operation) 173. 264. (congenita) 264.
Coxitis, b. chron. ankylosirender Entzündung d. Wirbelsäule 133. —, Behandlung 178. —, Verhütung der Längenunterschiede d. Beine 264.
Cystadenoma papillare proliferum d. Uterus 254.
Cyste, d. Pankreas (Behandlung) 58. (chem. Beschaffenheit d. Inhalts) 106. —, d. Urachus 145. —, an d. hintern Bauchwand, aus Resten d. Wolff'schen Körpers entstanden 254. —, d. Ovarium, Operation 255. —, Entstehung aus d. Corpus luteum 256. — S. a. Allantoiscyste; Degenerationscyste; Lymphcyste.
Cystenentartung d. Linse 227.
Cystenmyom, intraligamentäres 103.
Cysticercus im Gehirn 122.

Dänemark, Impfwesen 189. 190.
Dampfbad, Wirkung auf d. Magensekretion 81.
Darm, Anatomie 7. —, hämorrhag. Infarkt 13. —, Resorption u. Ausscheidung d. Eisens 16. —, Verschluss (während d. Schwangerschaft u. Entbindung) 37. (nach Ovariotomie) 104. —, operative Ausschaltung 56. —,

Perforation b. Typhus, operative Behandlung 57. —, Invagination, Operation 160. — S. a. Colon; Duodenum; Enteritis; Gastro-Enterostomie; Jejunum; Ileus; Rectum; Streptokokkenenteritis; Verdauungskanal.
Darmkoth s. Faeces.
Darmkrankheiten, bei Säuglingen, Ammoniakausscheidung im Harn 42. 43.
Decidua, tuberöses subchorioideales Hämatom 258.
Deciduoma malignum 104.
Decubitus nach d. Entbindung 102.
Degenerationscyste, ganglienähnliche nach Sehnenzerreissung 62.
Delirium, acutum, patholog. Anatomie, Bakteriologie 235. —, tremens, Mord in solch. begangen 272.
Dementia paralytica (Diagnose von syphilit. Pseudoparalyse) 25. (Hydrotherapie) 85.
Demographie s. Boletin.
Dentition, vorzeitige 160.
Dermatomyositis, akute 28.
Dermatosis zoonoica 250.
Dermoidgeschwulst d. Ovarium (als Geburtshinderniss 101. 102. (Behandlung während d. Schwangerschaft) 104.
Desinfektion, inficirter Wunden 161. —, von Kleidern mit Formaldehyd 183. —, im Gewebe thierischer Körper 229. —, b. Pest 229.
Desinfektionsmittel, Alkohol 143. —, Formaldehyd 183.
Deutschland, Heilquellen u. Kurorte 76.
Diabetes mellitus, Kalk- u. Magnesiumauscheidung 123. — b. Kindern 160. — S. a. Phlorhidzindiabetes.
Diacethylmorphin s. Heroin.
Diätkuren b. Störungen d. Ernährung u. d. Stoffwechsels 84.
Diagnostik, gynäkologische (von *J. Veit*, 2. Aufl.) 94.
Diamine, Synthesenhemmung durch solche 231.
Diaphragma, Lymphgefässe dess., Beziehung zur Bauchhöhle u. zur Resorption 7. —, ein angeborenes im Kehlkopf 142.
Diaphyse d. Röhrenknochen, Totalresektion wegen Osteomyelitis 61.
Diazoreaktion d. Harns, Vorkommen u. Bedeutung 135.
Dijodacetylen, Wirkung 231.
Diphtherie, Vorkommen in Upsala 184. —, neue Literatur 237. —, bakteriolog. Diagnose 241. 242. —, Bezieh. zur Scarlatina 242. —, Erkrankung d. Herzens 245. 247. —, Bacillen im Rachen b. Reconvalescenten 245. 246. —, Giftigkeit d. Milch 247. —. primäre (der Nasenhöhle) 247. (d. Rachenmandel) 247. —, d. weibl. Geschlechtsorgane 247. —, hämorrhagische 247. —, Lähmung b. solch. 247. 248. —, Behandlung 248.
Diphtheriebacillen, dens. ähnl. Bacillen b. Lepra 12. —, Cultur 238. 240. 241. —, Diagnose d. echten u. unechten 239. —, Vorkommen 240. 241. —, im Pharynx b. Reconvalescenten 245. 246. in d. Lungen 247.
Diphtheriegift, Wirkung 245. —, Abschwächung durch Pankreassaft 245. —, Empfänglichkeit verschied. Thiere 245.
Diphtherietoxin, Wirkung auf d. Herz 126.
Diplobacillen, Conjunctivitis durch solche verursacht 267.
Diplococcus, lanceolatus im Sputum, Widerstandsfähigkeit gegen Austrocknung 113. —, magnus in der Luft 225.
Diprosopus distomus 220.
Distichiasis congenita, hereditaria 63.
Diureticum, Harnstoff 230.
Divertikel s. Sackdivertikel.
Doppelmissbildung 220.
Drainage nach Laparotomie 261.
Druckbrand s. Decubitus.
Drüsen, Fettgehalt b. d. Inanition 109. — S. a. Bronchialdrüsen; Speicheldrüsen; Talgdrüse; Thymusdrüse.
Drüsenfieber, *Pfeiffer*'sches, Aetiologie 161.
Dünndarm, Bewegungen, Innervationen 108. 109.
Duodenum, Stenose, Gastro-Enterostomie 55.
Dysenterie, Bacillen b. solch. 13. —, Fehlen bei d. multiplen Amöbenabscess d. Leber 13.
Dysenteriebacillus, Biologie 13.

Echinococcus d. Leber, chirurg. Behandlung 58. —, multilokulärer 168. —, Operationsmethoden 168. —, im Peritonaeum 169. —, Verimpfung auf Thiere 159.
Eigelb, Darstellung d. Lecithins aus solch. 106.
Eis, physiolog. Wirkung d. Anwendung 83.
Eisen, Gehalt d. Blutplasma u. d. Leukocyten an solch. 3. —, Resorption u. Ausscheidung im Darmkanal 16. —, Bedeutung f. d. Blutbildung 17. —, Entfernung aus Trinkwasser 71.
Eisenmoor, physiolog. Wirkung 73.
Eisenquellen, Wirkung auf d. Blutbildung 74.
Eiterung, metastat. u. lokale im Knochenmark 14. —, künstliche zu Heilzwecken 27. —, späte nach Schussverletzung 163. — S. a. Encephalitis.
Eiweiss, aus Fleisch hergestelltes Präparat 182. — S. a. Albuminurie.
Eklampsie, Kaiserschnitt b. solch. 40. —, Verhalten d. Temperatur 40.
Ektopie d. Harnblase mit Spaltbecken 60.
Elektricität, Leitungsfähigkeit d. rothen Blutkörperchen 9. —, Anwendung b. Basedow'scher Krankheit 21. —, Einfluss auf d. Herz 200.
Elektrolyten in d. rothen Blutkörperchen 9.
Elephantiasis, angeborne 63.
Empyem, Thoraxfistel b. solch. 54. —, durch Pneumokokken verursacht 135. —, chronisches, Operation 167.
Encephalitis, ohne Eiterung 129. —, b. Säugling 259.
Endothelerkrankung d. Hornhaut, Diagnose 65.
Endotheliom, lymphatisches 18. —, d. Gesichtshaut, klin. Bedeutung 165.
Endothelkrebs d. Pleura 118.
Entbindung, Darmverschluss während ders. 37. —, Ovariendermoid als Hinderniss 101. —, Uterusruptur 102. 153. 256. —, b. Stirnlage 102. 154. —, b. Atresie d. Vagina 144. —, Hysterektomie nach ders. wegen Krebs u. Ruptur 150. —, Abreissung d. Vagina 153. —, b. engem Becken, Prognose 154. —, b. Gesichtslage 154. —, Luftadspiration b. solch. 257. — S. a. Geburt.
Enteritis, b. Säugling, durch Streptokokken verursacht 43.
Entfettung, Methoden 109.
Entmündigung, d. Säufer 271.
Entomologie s. Bibliographie.
Entzündung, Wirkung lokaler Blutentziehungen 28.
Enzym, diastatisches (in d. Faeces d. Säuglinge) 108. (in d. Muttermilch) 108.
Epidemie s. Beriberi; Variola.
Epilepsie, Bezieh. zum Alkohol 24. —, Schädeloperationen b. solch. 49. 50. —, Bedingungen zur operativen Behandlung 50. —, b. idiot. Kindern 130. —, Seelenstörungen 236. —, Auftreten b. Masern 248. —, operative Behandlung 260. — S. a. Status.
Epithel, d. Chorion, maligne Entartung 258.
Erblichkeit, verschiedener Krankheiten 90. —, von Tumoren 133. — S. a. Syphilis.
Erbrechen, unstillbares während der Schwangerschaft 38.
Erdboden, Filtrationkraft 269.
Ernährung, d. Säuglinge (künstliche) 43. 222. (Buttermilch) 43. —, Physiologie 75.
Ernährungstörungen, Diätkuren u. Kaltwasserbehandlung 84.
Erregungszustände, psychische, Hydrotherapie u. Balneotherapie 84.
Erythrocyten, Elektrolyten u. Hämoglobin in solch. 9. —, Diagnose von Malariaplasmodien 224.
Erythromelalgie, Veränderungen in d. erkrankten Geweben 234. —, Hautatrophie b. solch. 251.
Eserin, gegen Accommodationkrampf 181.

Europa, Kindersterblichkeit in d. verschied. Staaten 69. —, Mineralwässer u. Kurorte 80.
Exophthalmos, pulsirender, Unterbindung d. Carotis communis 179.
Expektoration, Erleichterung 25.
Exstirpation, d. Ganglion Gasseri (Recidiv d. Neuralgie) 52. (Nervenregeneration) 52. —, d. Milz 261. 262.
Extractum aethereum filicis maris, anthelminth. Wirkung 18.
Extrauterinschwangerschaft, Placenta b. solch. 100. —, Complikation mit Uterusmyom 101. —, Diagnostik u. Therapie 156. —, b. gleichzeitiger Intrauterinschwangerschaft 157. — S. a. Tubenschwangerschaft.
Extremitäten, untere (Gangrän während d. Schwangerschaft) 38. (Behandlung im Gehen) 62. —, regionäre Anästhesie b. grösseren Operationen an solch. 47. —, obere, Blutextravasate in solch. nach Compression d. Thorax 53. —, angeb. Hypertrophie 266. — S. a. Arm; Bein; Erythromelalgie.

Fabriken, Gewöhnung an Gase in solch. 270.
Fadenbildung, im Harn 10. —, Bezieh. zur Agglutination 112.
Faeces, b. Säuglingen (proteolytische Bakterien in dens. 43. (diastat. Enzym) 108. (Bacillus coli communis in solch.) 225.
Fäulniss, Wirkung d. Galle auf solche 109.
Falte, angeb. zwischen d. Stimmbändern 29.
Farbenblindheit, angeb. totale 221. —, künstlich hervorgerufen 221.
Favus am Penis 31.
Febris, catarrhalis epizootica canum 226. —, intermittens s. Wechselfieber.
Ferment s. Enzym; Labferment.
Fett, in d. Drüsen b. Hungerzustand 109. —, Abscheidung im Körper 223. — S. a. Entfettung.
Fetthernie d. oberen Augenlider 267.
Fettsucht, Balneotherapie 75.
Fibrillen s. Primitivfibrillen.
Fibrom, d. Uterus (Operation) 103. (b. Schwangerschaft) 103. —, adenomatöses d. Ovarium 255. —, carcinomatöses d. Ovarium 255. — S. a. Adenofibrom; Neurofibrom.
Fibromyom, d. Vagina 103. —, d. Uterus, abdominale Panhysterektomie 149.
Fieber, b. Hysterie 138. — S. a. Wechselfieber.
Filaria, Formen 250.
Filix mas, anthelminth. Wirkung d. äther. Extrakts 18.
Filter zur Entfernung d. Eisens aus Trinkwasser 71.
Filtration, durch d. Erdboden 269. —, durch Sand b. Wasserleitungen 269.
Finger, weicher Schanker an solch. 32. —, angeborene Hypertrophie 266.
Finmarken, Gesundheitverhältnisse an d. Fischereiplätzen 70.
Fische, Conservirung mit Salzen 182.
Fischereiplätze in Finmarken, Gesundheitverhältnisse 70.
Fistel s. Schleimfistel.
Fixationabscesse, Wirkung 27.
Fledermaus, Wirkung von Giften während d. Winterschlafs 128.
Fleisch, aus solch. hergestelltes Eiweisspräparat 182. —, Conservirung mit Salzen 182.
Fleischbeschau in Upsala 183.
Fluor albus, Behandlung mit Hefeculturen 32.
Fluorescin, Anwendung zur Diagnose d. Endothelerkrankungen d. Cornea 66.
Fluss s. Fluor.
Foetus, Verhältniss d. Gewichts zu dem d. Placenta b. Albuminurie während d. Schwangerschaft 38. —, Extraktion eines lebenden b. Tubo-Abdominalschwangerschaft 101. —, Harnabsonderung 119. —, Bedeutung d. Integrität d. Amnionsackes f. d. Weiterentwickelung 157. —, Entzündung d. Auges b. solch. als Ursache von Mikrophthalmie 180. —, Uebergang von giftigen Substanzen von dems. auf d. Mutter 223. —, 2 aus verschiedenen Schwangerschaftzeiten in dems. Tubensack 257. — S. a. Kind.
Fontanelle s. Sagittalfontanelle.
Formaldehyd, Desinfektion von Kleidern mit solch. 183.
Fraktur, an d. unteren Extremitäten, Gehbehandl. 62.
Frankreich, Heilquellen u. Kurorte 79.
Frauenkrankheiten, Beziehung zu Appendicitis 151. 152.
Frauenpraxis, 100 illustr. Fälle aus ders. (von *Auvard*, deutsch bearb. von *Rosenau*) 208.
Fremdkörper, in d. Trachea 30. —, in Gelenken 61. —, spontane Ausstossung aus d. Auge 67. —, in d. Vagina 144.
Fruchtabtreibung durch Gifte u. andere Mittel (von *M. Brenning*) 96.
Frühgeburt, künstliche 152.
Fundalschnitt, b. Kaiserschnitt 39.
Furunkel im Gesicht, Gefährlichkeit 250.
Fuss, Sarkom d. Knochen 176. —, Bedeutung d. Mittelfussknochen f. d. Statik 265. — S. a. Klumpfuss.
Fussgelenk, Verstauchung, Nachbehandlung 63.
Fussgeschwür, Behandlung 63. 176.
Fussgeschwulst b. Infanteristen 265.
Fussschweiss, Behandlung 125.

Galle, innerl. Anwendung b. Morbus Basedowii 22. —, Einfl. d. Hydrotherapie auf d. Sekretion 81. —, Einfl. auf d. Bewegungen d. Dünndarms 109. —, fäulnisswidrige Wirkung 109.
Gallenblase, Papillom 58.
Gallenfarbstoffe, chem. Verhalten 217.
Gallensteinkolik, Entstehung d. Schmerzes 26.
Gallenwege, angeb. Verschluss 159.
Galvanokaustik, intraoculare 69.
Ganglion, Gasseri, Resektion, Exstirpation 52. 53. —, cervicale supremum d. Sympathicus, Resektion 268. — S. a. Herzganglien.
Gangrän, eines Stimmbandes 30. —, d. Beines während d. Schwangerschaft 38. —, plötzlich auftretende 48. —, Bakterien b. solch. 113. —, d. Lunge, Heilung 249. — S. a. Decubitus.
Gasbadeofen, Kohlenoxydvergiftung durch solch. 183.
Gase, Gewöhnung an solche in Fabriken 270.
Gasometer, Anwendung b. d. Chloroformirung 47.
Gastro-Enterostomie, wegen Stenose d. Duodenum 55. —, Perforation d. Jejunum nach solch. 56.
Gastrostomie, vor Operation d. Sackdivertikels d. Oesophagus 55.
Gaswechsel, respiratorischer, b. Compression d. einen Lunge 220.
Gaumenspalte, Ursachen.
Gebärende, Phlorhidzindiabetes b. solch. 109.
Gebärmutter, Anwendung d. Vaporisation 33. —, Retrodeviationen (Entstehung u. Behandlung) 33. 34. (Retroversion) 34. (Retroflexion) 34. 35. 256. —, Geschwülste: Myom (Behandlung) 35. 146. 147. 148. (b. Extrauterinschwangerschaft) 101. Fibrom (Operation) 103. (b. Extrauterinschwangerschaft) 108. Fibromyom, abdomin. Panhysterektomie) 149. —, conservative Chirurgie 36. —, Naht b. Kaiserschnitt 40. —, Zerreissung 102. 150. 153. 256. —, Ventrofixation zur Heilung von Harnincontinenz 104. —, unteres Segment 153. —, Radiographie während d. Schwangerschaft 153. —, Bakteriengehalt während d. Puerperium 158. —, Puerperalsepsis, Ausschneidung 158. —, Chlorzinkinjektion, Tod 146. —, Gefässstränge ders. 254. —, Cystadenoma papillare proliferum 254. —, Luftinspiration während d. Entbindung 257. — S. a. Hydrometra; Hysterektomie.
Gebärmutteranhänge, Behandlung d. Entzündung 32. 146. —, Entfernung mittels Colpotomie 253.

Gebärmutterband, Beziehung d. Stärke zu d. Wehenstärke 153.
Gebärmutterblutung, Tamponade d. Vagina 38. —, Diagnose u. Behandlung 146. —, Hysterektomie wegen solch. 257.
Gebärmutterentzündung, chronische, Chlorzinkinjektionen 32. —, Behandlung mit Alumnol 32. —, Behandlung 146.
Gebärmutterhals, Behandlung d. Krebses während d. Schwangerschaft 150.
Gebärmutterkrebs, primärer d. Corpus 104. —, Hysterektomie 149. 150. —, am Collum, Behandlung während d. Schwangerschaft 150.
Gebirgsklima, therapeut. Verwendung 87.
Geburt, Ovariotomie als Hinderniss 101. 102. —, b. Stirnlage 102. —, Luftadspiration während ders. 257. — S. a. Entbindung; Leichengeburt.
Geburtenziffer in Upsala 184.
Geburthülfe, Kunstfehler 42. —, Anwendung des Kolpeurynters 95. —, Leistungen u. Aufgaben d. Institute 96. —, in Preussen 96. —, Bezieh. zu Appendicitis 151. 152. —, Diagnostik u. Therapie (von *O. Schaeffer*, 2. Aufl.) 207. — S. a. Mittheilungen; Taschenphantom; Transactions.
Gefässe s. Blutgefässe.
Gefässnervencentrum im Herzen 203.
Geheimniss, ärztliches, Wahrung vor Gericht 77.
Gehirn, Veränderungen b. Status epilepticus 24. —, Schussverletzung 51. —, Abscess (b. Otitis) 52. (in Folge von Phlegmone d. Orbita) 180. —, Reizung b. Kindern, Hydrotherapie 86. —, Darstellung von Lecithin aus solch. 106. —, Erschütterung, Theorie 121. —, Cysticercus 122. —, Geschwülste (Symptome) 128. (Geruchstäuschungen) 128. (Korsakoff'sche Psychose b. solch.) 236. —, Markfaserschwund in d. Rinde b. Tabes u. Paralyse 129. —, multiple Sklerose (Aetiologie) 129. (Verlauf) 130. —, von solch. ausgehende Lähmung, operative Behandlung 175. 176. —, chirurg. Behandl. d. Krankheiten 260. — S. a. Encephalitis; Thalamus.
Geistesstörung, b. Basedow'scher Krankheit 21. —, Verhalten d. Geschlechtstriebs während d. Menstruation 24. —, b. Pellagra 72. —, Anwendung von Bädern 84. —, mit Nephritis b. Hirngeschwulst 236. —, Beschaffenheit d. Schädels 235. —, b. Epilepsie 236.
Gelbsucht s. Ikterus.
Gelenke, Tuberkulose, Verband u. Prothese 264. — S. a. Fussgelenk; Handgelenk; Hüftgelenk; Kniegelenk; Schultergelenk.
Gelenkkörper, Gelenkmäuse, Bildung u. Behandlung 61. —, nach Verletzung entstanden 174.
Gelenkkrankheiten b. Blutern, Behandlung 61.
Gelenkrheumatismus, infektiöser Charakter 23. —, Bezieh. zu Chorea 23.
Genealogie s. Lehrbuch.
Genfer Convention, Erneuerung ders. (von *Carl Ernst Helbig*) 213.
Genitalien s. Geschlechtsorgane.
Gericht, Wahrung d. ärztl. Geheimnisses vor dems. 71.
Geruch, Täuschungen b. Hirngeschwulst 128.
Geschichte, d. chirurg. Lehrkanzel in Prag (von *A. Wölfler*) 94. —, d. Kolpeurynters 95. —, d. med. Klinik zu Leipzig (von *W. His* d. J.) 216. —, d. ärztl. Standes u. d. ärztl. Vereinswesens in Franken, spec. in Würzburg (von *J. Riedinger*) 216.
Geschlechtsorgane, Krankheiten ders. 89. —, b. Weibe (Diphtherie) 247. (Verhalten d. Haut b. Erkrankungen ders.) 251.
Geschlechtscharaktere, sekundäre, nach Castration 36.
Geschlechtstrieb, Bezieh. zur Menstruation 24.
Geschwülste, Terminologie u. Classifikation 117. —, maligne, chem. Verhalten 219. — S. a. Adenofibrom; Amyloidgeschwulst; Angiosarkom; Cystadenoma; Cyste; Cystenmyom; Deciduom; Endotheliom; Fibrom; Fibromyom; Fussgeschwulst; Gliom; Hämatom; Larynx; Luftgeschwulst; Lunge; Myom; Neurofibrom; Papillom; Sarkom; Trachea.
Geschwüre, b. Entzündung d. Colon 13. —, infektiöse d. Cornea, Behandlung 66. — S. a. Beingeschwür; Decubitus.
Gesellschaft s. Obstetrical Society.
Gesetzeskunde, ärztliche 212.
Gesetzgebung s. Quarantainefrage.
Gesicht, Endotheliom d. Haut 165. —, Furunkulose 250.
Gesichtslage, abnorme Haltung d. Extremitäten 154.
Gesundheitverhältnisse, d. Metallschleifer 183. —, in Upsala 183.
Gewebe, todte, Mitosen, Kerntheilung 5. —, Desinfektion im Körper 229.
Gewicht d. Foetus u. d. Placenta b. Albuminurie in d. Schwangerschaft 38.
Gicht, Harnsäureausscheidung 135.
Gift, Uebergang vom Foetus auf d. Mutter 223. — S. a. Diphtheriegift; Herzgifte.
Giftigkeit d. normalen Harns 105. —, d. Milch b. Diphtherie 247.
Giftwirkung d. organ. Phosphorverbindungen 232.
Glandula sublingualis, Bezieh. zu Ranula 160.
Glaskugel, Implantation in d. Orbita 180.
Glasspritze, aseptische 122.
Gliom d. Retina 268.
Glomeruli d. Niere, Funktion 8.
Glycerin gegen Nierensteine 125.
Glykokoll, Vorkommen u. Nachweis 217.
Glykosamin salzsaures, Verhalten im Thierkörper 106.
Gonococcus s. Pseudogonococcus.
Gonorrhöe s. Vulvovaginitis.
Graves'sche Krankheit s. Basedow'sche Krankheit.
Grossstädte, Acclimatisation in solch. 69.
Grundwasser, Fortschwemmen von Bacillen mit solch. 269.
Gummi, Bildung im Kehlkopfe 143.
Gymnastik, in Verbindung mit Balneotherapie 73. —, b. Lungentuberkulose 86.
Gynatresie, Aetiologie u. Therapie 144. 145.
Gynäkologie s. Frauenkrankheiten; Frauenpraxis; Mittheilungen.
Gynäkologische Diagnostik (von *J. Veit*, 3. Aufl.) 94.

Hämatokolpos b. Gynatresien 145.
Hämatom, d. weichen Hirnhäute b. Milzbrand 248. —, tuberöses subchorioideales d. Decidua 258.
Hämatommole 258.
Hämatomyelie, nach Schussverletzung 22.
Hämatoporphyrin, im Harne 218.
Hämoglobin, Einfluss d. Kupfers u. d. Zinksalze auf d. Bildung 3. —, Schicksale im Organismus 3. —, chem. Zusammensetzung 4. —, Derivate 4. —, Verhalten im lackfarbigen Blut 9. — S. a. Oxyhämoglobin.
Hämophilie, Behandlung der Gelenkkrankheiten bei solch. 61.
Hals, Blutextravasate an solch. nach Compression d. Unterleibs 53.
Handbuch, d. prakt. Medicin (herausgeg. von *W. Ebstein*) 88.
Handgelenk, Verstauchung, Nachbehandlung 63.
Handschuhe f. Operationen 49.
Harn, Einfluss d. oxygenirten Wassers 5. —, Ausscheidung (von Ammoniak b. magendarmkranken Säuglingen) 42. 43. (gepaarter Schwefelsäuren) 105. (von Harnsäure b. Gicht) 135. —, Giftigkeit d. normalen 105. —, Absonderung im Fieber 109. —, Diazoreaktion, Wesen u. Bedeutung 135. —, Concentration b. Nierenkrankheiten 136. —, Fixirung u. Conservirung d. Sedimente 137. —, Hämatophyrin in solch. 218. — S. a. Albuminurie.
Harnblase, Aponeurosen, morpholog. Bedeutung 7. —, Zerreissung, Entstehung u. Symptome 59. —, Ektopie mit Spaltbecken 60. —, Folgen lange andauernder

ungenügender Entleerung 226. —, Lähmung b. Diphtherie 248. —, Tetanie 259. — S. a. Pericystitis.
Harnincontinenz, geheilt durch Ventrofixatio uteri 104.
Harnindican, quantitative Bestimmung 218.
Harnleiter, Verletzung b. abdominaler Hysterektomie 150.
Harnorgane, Balneotherapie d. Krankheiten 77.
Harnretention, während d. Schwangerschaft 37. —, b. einem Säugling 160. —, Folgen 226.
Harnröhre, Verletzungen 194.
Harnröhrenschnitt, Ausführung 59.
Harnsäure, Verhalten im Organismus 135. —, Ausscheidung im Harn b. Gicht 135. —, unter physiolog. u. patholog. Bedingungen (von *E. Schreiber*) 207.
Harnstoff, Bildung aus Osmiumsäure im Organismus 4. —, als Diureticum 230.
Haut, Durchgängigkeit d. unversehrten 16. —, idiopath. Atrophie 31. —, Sarkomatose 31. —, Transplantation gestielter Lappen 49. 162. —, Ausdünstung u. Quellung im warmen Bade 82. —, Verletzung, Wirkung des Protargols 125. —, Endotheliom im Gesicht 165. —, Oxydase in ders. b. Batrachiern 218. —, Ausscheidung von Wasser u. Kohlensäure durch dies. 223. —, angeb. diffuse Hyperkeratose 227. —, Verhalten b. d. Schwangerschaft u. Erkrankungen d. weibl. Genitalien 251. —, Atrophie b. Erythromelalgie 251. —, Depigmentirung 252. — S. a. Dermatomyositis; Dermatosis; Melanodermie.
Hautkrankheiten, Hydrotherapie 86. —, Wirkung d. Protargols 125. —, b. Kindern, Anwendung d. Xeroforms 126.
Hautlappen, gestielte, Transplantation 49. 162.
Hebammen, Uebertragung von Pemphigus durch solche 159. —, d. Rechte u. Pflichten ders. (von *Springfeld*) 208.
Heberpunktion b. Operationen in d. Bauchhöhle 59.
Hefeculturen gegen Fluor albus 32.
Heilpflanzen, d. verschied. Völker u. Zeiten (von *G. Dragendorff*) 207.
Heilquellen u. Kurorte: Ajaccio 88. Baden-Baden 76. Biarritz 88. Brückenau 77. Dorna-Watra 78. Driburg 77. Franzensbad 78. Kissingen 75. Las Palmas 88. Levico 78. Matigny-les-Bains 80. Mitterbad 79. Montana 88. Nenndorf 76. Oeynhausen 77. Pistyan 78. 79. Reinerz 77. Saint-Jullien-des-Chazes 80. Saint Nectaire-le-Haut 79. Saint Yorre 80. Schinznach 76. Vichy 76. 80.
Helleborein, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Helsingfors s. Arsberättelse.
Hemianästhesie, alternirende 22.
Hepatitis s. Leber.
Hermaphroditismus verus 220.
Hernia, Ruptur durch Selbsttaxis 56. —, cruralis nach unblutiger Behandl. d. angeb. Hüftgelenksverrenkung 56. — S. a. Fetthernie.
Heroin, Wirkung auf d. Respiration 123.
Herz, Affektion b. Kropf 20. —, Bloslegung durch Eröffnung d. Thorax 168. —, Resektion d. Wandung 168. —, Naht 168. —, Einfluss auf d. Thätigkeit (Muskelarbeit) 198. 199. (Respiration) 205. —, Bewegungen (Verhalten) 198. 199. (Theorie) 203. (unmittelbare Aufzeichnung) 206. —, Einfluss d. elektr. Reizung 200. —, Störungen d. Rhythmus 200. 201. —, Innervation 201. 202. 203. —, Wogen, Flimmern 203. —, Wirkung d. Vagus 203. 204. 205. —, Bezieh. zur Schilddrüse 205. —, Wirkung d. Kalisalze 206. —, Wirkung d. Toxine 206. —, Lage, Grenzen 206. —, Anatomie d. Regio mitro-aortica 206. —, Capillaren, Anatomie 206. —, Lymphbahnen 206. —, Kalkablagerungen an d. Serosa 227. —, Wirkungen verschied. Gifte auf d. isolirte 230. —, Hypertrophie b. einem Kinde 259.
Herzbeutel, Schussverletzung 53. —, topograph. Anatomie 206.
Herzganglien, Bau ders. 5.
Herzgifte, Wirkung 205.
Herzkammern, Druckcurve ders. 206.
Herzkrankheiten, b. Kindern, Diagnose 46. 259. —, Balneotherapie 75. —, Pharmakotherapie 124. —, b. Diphtherie 245. 247.
Herz-Lungenkreislauf, Isolirung 204.
Herzmuskel, Veränderungen in solch. nach Durchschneidung extrakardialer Nerven 6. —, Wirkung d. Streptokokken auf dens. 116. —, Degeneration nach Vagusdurchschneidung 204.
Herzschlag, Mechanismus 198. 199. —, Unregelmässigkeiten 202. 203. 204. — S. a. Arrhythmie.
Herzstoss 198. 199.
Herztöne, graph. Aufzeichnung 207. —, Photographie 207.
Heteroplastik in d. Orbita 180.
Heufieber, Affektion d. Augen b. solch. 177.
Hirnabscess, b. Otitis 52. —, in Folge von Phlegmone d. Orbita 180.
Hirnhaut, Hämatom d. weichen b. Milzbrand 248.
Hirnrinde, Markfaserschwund b. Tabes u. Paralyse 129.
Hode s. Testikel.
Höhenklima, Einfluss auf d. Blutkörperchen 87. —, therapeut. Verwendung 87.
Homatropin gegen muskuläre Asthenopie 180.
Horn s. Hyperkeratosis.
Hornhaut s. Cornea; Keratitis.
Hüftgelenk, Luxation (angeborne, Behandlung) 56. 171. 172. (traumat. b. Kindern) 171. —, Entzündung (b. chron. ankylosirender Entzündung d. Wirbelsäule) 133. (Behandlung) 173. —, Osteomyelitis 173. —, Osteoarthritis 264. — S. a. Coxa; Coxitis.
Humor aqueus, Nachweis von Sublimat in solch. 127.
Hundestaupe, Bacillus ders. 226.
Hunger, Fettgehalt d. Drüsen b. solch. 109.
Husten, Erleichterung d. Auswurfs 25.
Hydrargyrum, chloratum im Humor aqueus 127.
Hydrocephalus externus, angeborner 259.
Hydrometra b. Neugebornen 103.
Hydrotherapie, Bericht über d. neueren Leistungen 73. —, Methodik, Indikationen 80. 81. —, Einfluss auf d. Gallensekretion 81. —, als Lehrgegenstand 82. —, allgem. Wirkungen 82. —, hygiein. Anwendung 82. —, zur Geschichte 82. —, b. psych. Erregungzuständen 83. —, b. Ischias 84. —, b. Abdominaltyphus 85. —, b. chron. Stuhlverstopfung 85. —, b. allgem. Paralyse 85. —, b. chron. Krankheiten 85. —, b. Lungentuberkulose 86. —, b. Erkrankungen d. Haut 86. —, b. Reizzuständen d. Gehirns b. Kindern 86. — S. a. Abreibung; Bad; Kaltwasserbehandlung; Regenbad.
Hygieine s. Boletin; Revista.
Hyoscin, Wirkung u. Anwendung 123.
Hyperkeratosis diffusa congenita 227.
Hypurgie d. Expektoration 25.
Hysterektomie abdominale totale (wegen Fibromyom u. Krebs) 149. (Technik) 150. —, vaginale wegen Krebs, 15. —, wegen puerperaler Sepsis d. Uterus 168. — wegen unstillbarer Blutung 257.
Hysterie, Fieber b. solch. 133. —, Neuritis ascendens 234. —, chirurg. Eingriffe b. solch. 235. — S. a. Krämpfe.

Jahrbuch f. praktische Medicin (herausgeg. von *J. Schwalbe* 1899) 89.
Jahresbericht aus d. Marienkrankenhause in Helsingfors (1898) 214. —, aus d. akadem. Krankenhause in Upsala (1897 u. 1898) 215.
Janiceps asymmetros 221.
Idiotie, b. Kindern, epilept. u. hyster. Krämpfe 130.
Jejunum, Perforation nach Gastro-Enterostomie 56.
Ikterus, infektiöser b. Kindern 46.
Ileotyphus s. Typhus.
Ileus, durch Narbenstrang nach Ovariotomie verursacht 65. —, Anwendung d. Atropins 123.
Immunisation gegen arsenige Säure, Einfl. d. Leukocyten 19.
Immunität, passive, Dauer 111.

Impfschäden 193.
Impfung s. Schutzimpfung; Vaccination.
Impfwesen, Berichte 188. 189. 190.
Inanition, Fettgehalt d. Drüsen 109. —, Veränderungen d. Nervenzellen 122.
Indican s. Harnindican.
Indien, niederländisches, Vaccination 190.
Indol, Schicksale im Organismus 218.
Infarkt, hämorrhagischer im Mesenterium u. im Darme 13.
Infektion, von Wunden (Bedeutung d. Drucks in d. Geweben) 47. (durch d. Luft) 47. —, durch Streptokokken 114. —, peritonäale mit Streptokokken 116. — S. a. Puerperalinfektion.
Influenza, Vorkommen in Upsala 184.
Infusion, von Salzwasser b. akuten Krankheiten 134.
Inguinalbubonen, Behandlung 31.
Inguinalgegend, cystisches Adenofibrom 227.
Injektion, subconjunctivale 64.
Innervation, d. Dünndarms 108. —, d. Herzens 201. 202. 203. 204.
Inspirationluft, Gehalt an Kohlensäure im Freien u. im Zimmer 270.
Intubation, b. Diphtherie 248.
Invalidenanwärter, Untersuchung u. Begutachtung ders. (von *Walther Stempel*) 211.
Jodismus, Bezieh. zu Basedow'scher Krankheit 21.
Jodoform, Beiträge zur Wirkung dess. (von *J. Gross*) 93.
Jodothyrin, Wirkung auf d. Herz 205.
Iris, Risse in solch. 179.
Irrenanstalt, Beriberiepidemie in solch. 23.
Ischias, Skoliose nach solch. 64. 264. —, Hydrotherapie 84.
Jugenderinnerungen eines alten Arztes (von *Adolf Kussmaul*, 3. Aufl.) 100.

Kaiserschnitt, Schnitt (fundaler) 39. (hinterer Längsschnitt) 40. —, vaginaler 39. 150. —, nach *Porro* b. Osteomalacie 39. —, Naht nach solch. 40. —, b. Eklampsie 40. —, in d. Agonie 40. —, wegen eingekeilter Dermoidgeschwulst 102.
Kali causticum, Wirkung auf d. Gewebe 252.
Kalk, Ausscheidung b. Diabetes mellitus 122. —, Ablagerung an d. serösen Häuten d. Herzens 227.
Kalksalze, Wirkung auf d. Herz 206.
Kaltwasserbehandlung b. Störungen d. Ernährung u. d. Stoffwechsels 84.
Kapselbacillus, Arten, Cultur 112. —, b. Tonsillitis 240.
Kardiogramm, unmittelbar vom Herzen aufgenommen 206.
Kardiograph f. kleine Thiere 207.
Keratosis d. Conjunctiva 66.
Kerker-Palimpseste (von *Cesare Lombroso*, übersetzt von *H. Kurella*) 98.
Kerntheilung, Nachweis in todtem Gewebe 5.
Keuchhusten, Bakterien dess. 12. —, Nutzen des Bromoforms 124.
Kind, Becken- u. Nabelabscesse 44. —, Lumbalpunktion 45. —, Diagnose d. Herzkrankheiten 46. —, infektiöser Ikterus 46. —, Sterblichkeit in d. europäischen Staaten 69. —, Reizzustände des Gehirns, Hydrotherapie 86. —, in geburtshülfl. Beziehung (Extraktion eines lebenden b. Tuboabdominalschwangerschaft) 101. (Geburt b. Stirnlage) 102. 154. (Gesichtslage, abnorme Haltung d. Extremitäten) 154. (Schreien während d. Geburt) 257. —, Xeroform gegen Hautkrankheiten 126. —, Idiotie mit Krämpfen 130. —, Diabetes mellitus 160. —, Aorteninsufficienz 160. —, schmerzhafte Lähmung 161. —, traumat. Luxation d. Hüftgelenks 171. —, Krampf d. Musc. ciliaris 181. —, gonorrhoische Vulvovaginitis 208. —, Anämie im frühen Alter 258. —, Bewegungen im 1. Lebensjahre 258. —, Herzhypertrophie 259. —, posttyphöse Periosteitis 259. — S. a. Neugeborne; Säugling.
Kinderlähmung, spinale, cerebrale, Behandlung 175. 176. —, hereditäre halbseitige 233.
Klauenseuche, histolog. Veränderungen 250.
Kleider, Desinfektion mit Formaldehyd 183.
Klima s. Höhenklima.
Klimatotherapie, Einfluss auf d. Blutkreislauf 87.
Klinik s. Geschichte.
Klumpfuss, Behandlung 174. 265. —, nach Verletzung 265.
Kniegelenk, Verstauchung, Nachbehandlung 63.
Knochen, Neubildung in der Trachea 143. —, Verkrümmung nach entzündl. Erweichung 165. —, des Fusses, Sarkom 176. —, Tuberkulose, Verband, Prothese 264. —, d. Vorderarms, Wachsthumstörung 266. — S. a. Osteitis; Osteomalacie; Osteomyelitis; Röhrenknochen.
Knochenmark, lokale u. metastat. Eiterung 14. — S. a. Osteomyelitis.
Kochsalzlösung, Infusion bei akuten Krankheiten 134.
Körperoberfläche, Inspektion b. schiefer Beleuchtung 25.
Körperstellung, Einfl. auf d. Blutdruck 200.
Körpertemperatur, Verhalten b. Eklampsie 40.
Kohlenoxyd, im Blute 72. 218. —, Vergiftung, Verhütung 183.
Kohlensäure, Ausscheidung durch d. Haut 223. —, Gehalt d. Inspirationluft im Freien u. im Zimmer 270.
Kolik b. peritonäalen Verwachsungen 54.
Kolpaporrhexis sub partu 153.
Kolpeurynter, seine Geschichte u. Anwendung in d. Geburtshülfe (von *Rud. Biermer*) 195.
Kopenhagen, Impfwesen 181.
Kopf, Blutextravasate an solch. nach Compression des Unterleibs 53. —, Verhalten b. Rhachitis 161.
Koprostase, während d. Schwangerschaft 37.
Krampf, epilept. u. hyster. b. idiot. Kindern 130. —, d. Accommodation, Nutzen d. Eserins 181. —, d. Musc. ciliaris b. Kindern 181. —, epileptischer b. Masern 248.
Krankenhäuser, Verwaltung, Betrieb u. Einrichtung (von *H. Merke*) 97. — S. a. Årsberättelse; Paracelsus.
Krebs, d. Uterus (primärer d. Corpus) 104. (abdominale Hysterektomie) 149. (Behandl. während d. Schwangerschaft) 150. (vaginale Hysterektomie) 150. —, d. Tuba Fallopiae 104. —, experimentelle Erzeugung 117. —, Mikroorganismen in solch. 118. —, endothelialer der Pleura 118. —, d. Penis, Verbreitung, Prognose 119. —, d. Magens, Beziehung d. Lymphdrüsen u. Lymphgefässe zur Verbreitung 119. —, chem. Verhalten 219. —, Metastasen in d. Augenmuskeln 268. — S. a. Fibrom.
Kreissende, Phlorhidzindiabetes 109.
Kreislaufsorgane, Krankheiten ders. 88.
Kreosotöl, Nutzen zur Entfernung falscher Membranen aus d. Trachea 30.
Krise, b. akuten Krankheiten, Bedeutung u. Behandlung 134.
Kropf, Herzaffektion b. solch. 20. —, operative Behandlung 21. —, gutartiger metastasirender 166.
Krystalle, *Charcot-Leyden*'sche, Bezieh. zu d. *Böttcher*'schen Spermakrystallen 5.
Kunstfehler in d. Geburtshülfe 42.
Kupfer, Einfluss auf d. Hämoglobinbildung 3.
Kur s. Diätkuren.
Kurzsichtigkeit, operative Behandlung 69. 181.

Labferment in d. Lymphe 217.
Lähmung, d. Nervus recurrens, Veränderungen im Kehlkopfe 30. —, Brown-Séquard'sche 130. —, schmerzhafte bei Kindern 161. —, des Arms in Folge von Schulterluxation 233. —, b. Diphtherie 247. 248. —, in Folge von Spondylitis, Resektion d. Wirbelbogen 262. — S. a. Kinderlähmung.
Laparomyomotomie 148.
Laparotomie, b. Tubenschwangerschaft 155. —, Ver-

hütung d. Sepsis 253. —, Verschluss d. Bauchwunde 260. —, Drainage nach solch. 261.
Laryngitis desquamativa 29.
Larynx, angeb. Falte zwischen d. Stimmbändern, Diaphragmabildung 29. 142. —, Pachydermie 29. —, Geschwülste (Operation) 29. (Polypen, Operation) 29. (Amyloidgeschwulst) 30. (Luftgeschwulst in d. Ventrikeln) 30. (Gummi) 143. —, Tuberkulose 30. —, Verhalten b. einseitiger Recurrenslähmung 30. —, Perichondritis b. Scharlach 142. —, chron. Schleimhautpemphigus 142. —, Einpflanzung von Rippenknorpel zur Heilung von Stenosen u. Defekten 166. —, Oedem d. Eingangs b. Wasserleichen 183. —, Intubation bei Diphtherie 248.
Lateralsklerose, amyotrophische 132.
Lebensversicherung s. Todesfälle.
Leber, Abscess (multipler mit Amöben ohne Dysenterie) 13. (chirurg. Behandlung) 58. —, Pseudocirrhose b. chron. Perikarditis 14. —, Echinococcus, chirurg. Behandlung 58. —, Sternzellen 107. —, Wirkung der Streptokokken auf dies. 115. —, nekrotisirende Entzündung 120. — S. a. Perihepatitis.
Lebercirrhose, Aetiologie, Veränderungen b. solch. 13. —, Ascites, operative Behandlung 58. —, Vergrösserung d. Milz 139.
Lecithin, Darstellung aus Extrakten von Gehirn u. Eigelb 106.
Lehrbuch d. gesammten wissenschaftl. Genealogie (von *Ottokar Lorenz*) 99.
Leiche s. Wasserleiche.
Leichengeburt 71.
Leistengegend, cystisches Adenofibrom 227.
Leistungen u. Aufgaben d. geburtshülfl. Institute im Dienste d. Humanität (von *Herm. Löhlein*) 96.
Lepra, dem Diphtheriebacillus ähnliche Bacillen bei ders. 12.
Leprabacillen, Cultur 225.
Leukämie, Ausscheidung von Phosphor u. Stickstoff 219. — S. a. Pseudoleukämie.
Leukocyten, Eisengehalt 3. —, bakterienfeindl. Stoffe in solch. 9. —, Verhalten gegen Streptokokken 10. —, Einfluss auf d. Immunisation gegen arsenige Säure 19. —, Phagocytose 111.
Lichtbehandlung d. Variola 187.
Ligamentum uteri rotundum (Bezieh. d. Stärke dess. zur Stärke d. Wehen) 153. (operative Verkürzung) 253.
Ligatur, resorbirbares Material 162. —, d. Carotis communis b. pulsirendem Exophthalmus 179. —, d. Tuba Fallopiae 254.
Linse, angeb. Colobom 267.
Lippen, Transplantation d. Schleimhaut an d. Augenlidränder 65. —, Entwickelung atroph. Talgdrüsen an solch. 251.
Lues s. Syphilis.
Luft, Infektion von Wunden durch solche 47. —, überhitzte, therapeut. Verwendung 48. —, Diplococcus magnus in ders. 225. —, Aspiration während d. Entbindung 257. — S. a. Inspirationluft.
Luftbad 83.
Luftgeschwulst in d. Morgagni'schen Ventrikeln 30.
Luftkur b. Lungentuberkulose 86.
Luftröhre s. Trachea.
Luftwege, chron. Schleimhautpemphigus d. oberen 142.
Lumbalpunktion b. Kindern 45.
Lunge, Geschwulst, Diagnose 26. —, Wirkung der Streptokokken auf dies. 116. —, chirurg. Behandlung d. Krankheiten 167. —, Wirkung d. Compression d. einen auf d. respirator. Gaswechsel 223. —, Veränderungen nach Injektion von Typhusbacillen in d. Trachea 226. —, Diphtheriebacillen in solch. 247. —, Gangrän, Heilung 249.
Lungenentzündung, Behandlung 248.
Lungenkrankheiten, Behandlung mit heissen Bädern 74.
Lungentuberkulose, Luftkuren, Gymnastik, Hydrotherapie 86. —, Bekämpfung 87.
Luxation d. Hüftgelenks (angeborne, Behandlung) 56. 171. 172. (traumat. b. Kindern) 171. —, d. Schultergelenks, habituelle, Radikaloperation 63. 266. —, des Augapfels 68. — S. a. Subluxation.
Lymphämie 138.
Lymphangitis, Diagnose von Phlebitis der Beckenorgane 157.
Lymphbahnen d. Herzens 206.
Lymphcyste, retroperitonäale 59.
Lymphdrüsen, d. Magens, Bezieh. zur Verbreitung d. Carcinoms 119.
Lymphe, Labferment in solch. 217. — S. a. Vaccinelymphe.
Lymphektasie, hämorrhagische d. Conjunctiva 66.
Lymphgefässe, d. Diaphragma, Bezieh. zur Bauchhöhle u. zur Resorption 7. —, d. Magens, Beziehung zur Verbreitung d. Carcinoms 119.
Lymphosarkomatose, Bezieh. zu Pseudoleukämie 137.

Maasspipette, automatische, für keimfreie Flüssigkeiten 111.
Magen, Einfluss d. Dampfbäder auf d. Sekretion 81. — S. a. Gastro-Enterostomie; Verdauungskanal.
Magenblutung, Atrophie d. Sehnerven nach solch. 68.
Magenkrankheiten, b. Säugling, Ammoniakausscheidung im Harne 42. 43.
Magenkrebs, Beziehung d. Lymphdrüsen u. Lymphgefässe zur Verbreitung 119.
Magnesia, Ausscheidung b. Diabetes mellitus 122.
Malaria, Parasiten 10. 11. 12. 224. 225. —, Uebertragung 11. 12. —, bösartige 11. —, Schutzimpfung 12. —, Behandlung mit Methylenblau 124. — S. a. Reiseberichte.
Malariaplasmodien 10. 11. 12. 224. 225.
Maltafieber 226.
Mamma, Krebs, Metastasen in d. Augenmuskeln 268.
Mandeln s. Tonsillen.
Manie b. Basedow'scher Krankheit 21.
Markfasern, Schwund in der Hirnrinde bei Tabes u. Paralyse 129.
Marktmilch, Schmutzgehalt 182.
Masern s. Morbilli.
Mastdarm s. Rectum.
Mastitis, im Wochenbett, Behandlung 159.
Medicin s. Handbuch; Jahrbuch.
Medicinalbericht von Württemberg (1896) 213.
Medulla oblongata, Veränderungen b. Status epilepticus 24.
Melanodermie, durch Arsenik hervorgerufen, Diagnose von Addison'scher Krankheit 141.
Meningococcus intracellularis b. eitriger Conjunctivitis 65.
Menstruation, Bezieh. zum Geschlechtstrieb 24. —, b. Affen u. b. Weibe 103. — S. a. Mittelschmerz.
Mesenterium, hämorrhagischer Infarkt 13.
Metallschleifer, Gesundheitsverhältnisse 183.
Metastase, suppurative im Knochenmark 14. —, krebsige in d. Augenmuskeln 268.
Metatarsus, Subluxation d. V. 285. —, Bedeutung f. d. Statik d. Fusses 265.
Methylenblau, Anwendung b. Malaria 124. —, Ausscheidung durch d. Nieren 124.
Methyljodid, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Metritis, Behandlung 32. 146.
Mikrococcus d. Variola 196.
Mikroorganismen, b. Malaria 10. 11. 12. 224. 225. —, Verhalten auf Speicheldrüsenmucin 111. —, Differentialdiagnose 111. —, b. Noma 113. —, pathogene in Schleussen 117. —, b. Krebs 118. —, in normalen Bronchiallymphdrüsen 135. —, latente 163. —, b. d. Variola 196.

Mikrophthalmos, als Folge von fötaler eitriger Entzündung 180.
Mikroskopische Technik (von *Carl Friedländer*) 211.
Milch, Giftigkeit b. Diphtherie 247. — S. a. Buttermilch; Marktmilch; Muttermilch.
Milz, Vergrösserung b. Lebercirrhose 139. —, Exstirpation wegen Zerreissung 261. 262.
Milzbrand, Empfänglichkeit der Vögel für solch. 225. —, d. Zunge, Heilung 248. —, Hämatom d. weichen Hirnhäute b. solch. 248.
Mineralmoorbäder, Wirkungen u. Indikationen 75.
Mineralwässer, physikal.-chem. Analyse 73. —, Bakteriengehalt 74.
Missbildung, in Folge von amniot. Bändern 102. —, angeb. d. Trachea 259. — S. a. Diprosopus; Doppelmissbildungen; Janiceps.
Mitosen, Nachweis in todten Geweben 5.
Mitralklappe, Anatomie 206.
Mittelfussknochen, Subluxation d. V. 265. —, Bedeutung f. d. Statik d. Fusses 265.
Mittelohr, Entzündung bei Scarlatina, Diphtheriebacillen im Eiter 240.
Mittelschmerz 103.
Mittheilungen aus den Abtheilungen f. Geburtshülfe u. Gynäkologie in Klagenfurt (von *Franz Torggler*) 208.
Mole s. Blasenmole; Hydatidenmole.
Monstrosität s. Missbildung.
Moor s. Eisenmoor.
Moorbäder, Wirkung u. Indikationen 75.
Morbilli, Epidemien 184. —, Nervenerscheinungen b. solch. 248.
Morbus, *Addisonii* (akute Entwickelung) 140. (Verlauf, anatom. Veränderungen) 140. (Diagnose von Melanodermie) 141. —, *Basedowii* (Pathogenie) 20. (Behandlung) 20. 21. 22. (Bezieh. zu Jodismus u. Thyreoideismus) 21. (Geistesstörung b. solch.) 21. (Kropfoperationen) 22.
Mord, im Delirium tremens begangen 272.
Morgagni'scher Ventrikel, Aërocele in solch. 30.
Mortalität, d. Kinder in d. europäischen Staaten 69. —, Vergleichbarkeit in verschied. Zeiträumen 70. —, in Upsala 184.
Mucin, aus Speicheldrüsen, Einfluss auf d. Wachsthum d. Mikroorganismen 11.
Mucocele d. Sinus frontalis 266.
Mucormykosen im Respirationapparat 118.
Mundhöhle, ulceröse Entzündung d. Schleimhaut 30. —, Entwickelung atroph. Talgdrüsen in d. Schleimhaut 251.
Mundspeichel, Wirkung verschied. chem. Stoffe auf dens. 108.
Musculus ciliaris, tonischer Krampf b. Kindern 181.
Muskelarbeit, Einfluss auf d. Herzthätigkeit 198. 199.
Muskelatrophie b. Lateralsklerose 132.
Muskeln, Flüssigkeitresorption in dens. 105. —, Störungen in Folge von Kinderlähmung, operative Behandlung 176. — S. a. Augenmuskeln; Dermatomyositis.
Muskulatur d. Herzens, Veränderungen nach Durchschneidung extrakardialer Nervenfasern 6.
Mutter, Uebergang von giftigen Substanzen vom Foetus aus auf dies. 223.
Muttermilch, Enzym in solch. 108.
Myelinsubstanzen, Darstellung 106.
Myelitis, akute, Neuritis d. Opticus b. solch. 268. — S. a. Poliomyelitis.
Mykose s. Mucormykose.
Myokardium, Wirkung d. Streptokokken auf dass. 116.
Myom, des Uterus (Behandlung) 35. 146. 147. 148. (bei Extrauterinschwangerschaft) 101. —, d. Ovarium 253. — S. a. Cystenmyom; Fibromyom.
Myopie, operative Behandlung 69. 181.

Nabel, Abscess an solch. b. Kindern 44.
Nachbilder, centrale u. extramaculare, negative 221.
Nacken, Blutextravasate an solch. nach Compression d. Unterleibs 53.
Naevus pigmentosus, Bezieh. zu Neurofibrom 119.
Nahrung, Assimilation b. Säugling 43.
Naht, d. Uterus nach Kaiserschnitt 40. —, resorbirbares Material 162. —, d. Herzens 168. — S. a. Tabaksbeutelnaht.
Naphthalan, Anwendung 125.
Naphthalin s. Nitronaphthalin.
Narbe, in d. Trachea 30. —, Strang aus solch. nach Ovariotomie als Urs. von Ileus 55. —, in d. Cornea, degenerative Abscesse 66.
Narkose, mit Chloroform, Messung mit d. Gasometer 47.
Nase, Einspritzung von Oel 30. —, primäre Diphtherie 247.
Nasenrachenhöhle, Amyloidgeschwülste, Bezieh. zu Deformitäten 266.
Nebenniere, innere Sekretion 8. —, Insufficienz bei Addison'scher Krankheit 140.
Nekrose, durch Phosphor verursacht 120. —, b. Hepatitis 120.
Nephritis, mit Geistesstörung b. Hirngeschwulst 236.
Nephrolithiasis, Behandlung mit Glycerin 125.
Nerven, extrakardiale, Veränderungen im Herzmuskel nach Durchschneidung 6. —, peripherische (Wirkung d. Streptokokken auf dies.) 116. (Histogenese, Regeneration) 223.
Nervencentrum s. Gefässnervencentrum.
Nervenfasern, Endigung in d. Herzganglien 6. —, markhaltige, Degeneration 107.
Nervensystem, Wirkung d. Salze auf dass. 9.
Nervenzellen, Veränderungen nach Säureintoxikation u. Inanition 122.
Nervus, *ischiadicus*, Neuralgie, Skoliose nach solch. 14. 264. —, *lumbo-inguinalis*, Resektion wegen Neuralgia spermatica 61. —, *mandibularis*, Wirkung der Durchschneidung 107. —, *occipitalis*, Neuralgie, operative Behandlung 165. —, *opticus* (Atrophie nach Magenblutung) 68. (Neuritis retrobulbaris) 68. (peripherische Atrophie) 68. (Neuritis b. Myelitis acuta) 268. —, *recurrens*, Lähmung, Veränderungen im Kehlkopfe 30. —, *spermaticus externus*, Resektion wegen Neuralgia spermatica 61. —, *sympathicus*, Resektion des Ganglion cervicale supremum 268. —, *trigeminus* (Regeneration nach Exstirpation d. Ganglion Gasseri) 52. (Neuralgie nach Exstirpation d. Ganglion Gasseri) 53. —, *vagus*, Wirkung auf d. Herz 203. 204. 205.
Netzhaut s. Retina.
Neugeborne, Wachsthum d. Niere b. solch. 7. —, Asphyxie, Hypertrophie d. Thymus als Hinderniss f. d. Wiederbelebung 72. —, Sagittalfontanelle 102. —, Hydrometra 103. —, Phlorhidzindiabetes 109. —, Hygieine 159.
Neuralgie, d. Trigeminus, Recidiv nach Exstirpation d. Ganglion Gasseri 53. —, d. Spermaticus, Resektion d. Nervus lumbo-sacralis u. d. Spermaticus externus 61. —, d. Ischiadicus (Skoliose nach solch.) 64. 264. (Hydrotherapie) 84. —, d. Armnerven 238. — S. a. Occipitalneuralgie.
Neuritis, retrobulbaris 68. —, peripherische mit gesteigerten Sehnenreflexen 133. —, multiple, anatom. Veränderungen 133. —, ascendens b. Hysterie 234. —, d. N. opticus b. Myelitis acuta 268.
Neurofibrom, Bezieh. zu Pigmentmälern 119.
Neurologie, Bezieh. zur Orthopädie 175.
Niederlande, niederländisch Indien, Vaccination 190.
Niere, postfötales Wachsthum 7. —, Funktion d. Glomeruli 8. —, Mechanismus d. Sekretion u. Exkretion in d. Zellen 8. —, innere Sekretion 8. —, Ausscheidung durch dies. (d. Streptokokken) 116. (d. Methylenblaues) 124. —, Cystenentartung 227.
Nierenkrankheiten, Concentration des Harns u. Blutes 136.
Nierensteine, Behandlung mit Glycerin 125.

Nitronaphthalin, Trübung d. Hornhaut durch solch. 127.
Noma, Bakterien b. solch. 113.
Nomenclatur, internationale d. Todesursachen 211.
Norwegen, Vaccination 190.

Obstetrical Society of London, Transactions (XL. 1898) 100.
Obstipation, während d. Schwangerschaft 37. —, b. peritonäalen Verwachsungen 54. —, Nutzen d. Regenbäder 84. 85. —, Hydrotherapie 85. —, Folgen lange dauernder 226.
Occipitalneuralgie, operative Behandlung 155.
Oedem d. Kehlkopfeinganges b. Wasserleichen 183.
Oel, Einspritzung in d. Nase 30. — S. a. Terpentinöl.
Oesophagus, Sackdivertikel, chirurg. Behandlung 53.
Oesterreich, Heilquellen u. Kurorte 78.
Ofen s. Gasbadeofen.
Ohrenkrankheiten, Hirnabscess nach solch. 52.
Operationen, Handschuhe b. solch. 49.
Ophthalmie, sympathische (Diagnose im Beginne) 66. (nach Tätowirung d. Cornea) 67. (Entstehung) 179.
Ophthalmoskop s. Augenspiegel.
Opticus s. Nervus.
Orbita s. Augenhöhle.
Organe d. Körpers, Desinfektion im Gewebe 229.
Orthopädie, Leistungen 175. —, blutige u. unblutige Behandlungsmethoden 175. —, Beziehung zur Neurologie 175. —, Behandlung d. spinalen Kinderlähmung 175. 176.
Os temporis, oto-chirurg. Anatomie 51. —, pubis s. Symphysis.
Osmiumsäure, Bildung von Harnstoff aus solch. im Organismus 4.
Osmose, Bezieh. zur Assimilation 110.
Osteitis, Deformität durch solche 265.
Osteoarthritis d. Hüftgelenks 264.
Osteomalacie, Behandlung 39. —, b. Manne 142. —, b. Weibern, Aetiologie u. Behandlung 151.
Osteomyelitis, experimentell erzeugte 14. —, Totalresektion d. Diaphyse d. Röhrenknochen 61. —, tuberkulöse d. Schaftes langer Röhrenknochen 164. —, am Hüftgelenk 173.
Ostindien, niederländisches, Vaccination 190.
Otitis, Hirnabscess nach solch. 52. —, media b. Scarlatina, Diphtheriebacillen im Eiter 240.
Ovariotomie, Resultate 35. —, Narbenstrang nach solch. als Ursache von Ileus 65. —, Darmverschluss nach solch. 104. —, Technik 256.
Ovarium, Dermoidgeschwulst (als Geburthinderniss) 101. 102. (während d. Schwangerschaft) 104. —, akute Entzündung mit akuter Chlorose 253. —, Sarkom 255. —, Fibroma adenomatosum 255. —, Myom 255. —, Adenofibroma colloides 255. —, carcinomatöses Fibrom 255. —, Cyste, Operation 255. —, Geschwulst als Complikation d. Schwangerschaft 256.
Ovulation b. Affen u. b. Weibe 103.
Oxychinolin, Verhalten im Organismus 105.
Oxydase, in d. Haut einiger Batrachier 218.
Oxydation d. arsenigen Säure im Organismus 232.
Oxyhämoglobin, Bestandtheile b. Pferde 3.
Oxyuris vermicularis, Nutzen d. Extractum aethereum filicis maris 18.
Ozon, Sterilisation d. Trinkwassers mit solch. 182.

Pachydermia laryngis 29.
Paludismus, Pilze dess. 10. 11. 12.
Pankreas, Behandl. d. Erkrankungen 58. —, chem. Untersuchung d. Inhaltes einer Cyste 106. —, Steinbildung in solch. 139. —, Abschwächung d. Diphtheriebacillen durch d. Saft 245.
Papillom d. Gallenblase 58.
Paracelsus, Privatkrankenhaus zu Zürich, Bericht (von *Kaelin-Benziger*) 94.
Paralyse, allgem. progressive (Diagnose von Pseudoparalysis syphilitica) 25. (Hydrotherapie) 85. (Veränderungen im Thalamus opticus) 128. (Markfaserschwund in d. Hirnrinde) 129. (Frühdiagnose) 236. (Statistik, Aetiologie, Symptomatologie) 236. — S. a. Pseudoparalyse.
Parasiten d. Wechselfiebers 10. 11. 12. 224. 225.
Parotis, Speichel ders. 107.
Pathologie u. Therapie d. Sterilität beider Geschlechter (von *M. Sänger* u. *E. Finger*) 209.
Pellagra, Geistesstörung b. solch. 72.
Pemphigus, der Schleimhäute 30. 142. —, Uebertragung durch Hebammen 159.
Penis, Favus an solch. 31. —, Carcinom, Ausbreitung u. Prognose 119.
Pental, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Pepton, Wirkung nach Einspritzung in d. Kreislauf 222.
Periarteriitis nodosa 28.
Perichondritis am Kehlkopfe b. Scharlachfieber 142.
Pericystitis im Puerperium 158.
Perihepatitis chronica hyperplastica 14.
Perikarditis, chron., Pseudocirrhose d. Leber 14.
Perikardium, Schussverletzung 52. —, Reizung als Ursache von Arrhythmie 200. —, topograph. Anatomie 206.
Periosteitis, nach Typhus b. Kindern 259.
Peritonaeum, Lymphangitis hinter dems. 59. —, Infektion durch Streptokokken von dems. aus 116. —, Echinococcus in solch. 169.
Pertussis, Bakterien b. solch. 12. —, Nutzen d. Bromoform 124.
Pes varus (Behandlung) 173. 265. (nach Verletzung) 265.
Pest, Desinfektion b. solch. 229.
Pestbacillus, Vernichtung 229.
Pfählung, Verletzung durch solche 261.
Pferd, Bestandtheile d. Oxyhämoglobins 3. —, topograph. Anatomie 211.
Pflanzen s. Heilpflanzen.
Phagocytose, b. Streptokokken 10. —, Vorgang 111.
Phantom s. Taschenphantom.
Pharynx, Tuberkulose 30. —, Diphtheriebacillen in dems. b. Reconvalescenten 245. 246.
Phlebitis der Beckenorgane, Differentialdiagnose von Lymphangitis 152.
Phlegmone d. Orbita, Hirnabscess nach solch. 180.
Phloridzindiabetes b. Schwangern, Kreissenden u. Neugebornen 109.
Phosphor, Nekrose 120. —, Lokalisation in d. Geweben 218. —, Ausscheidung b. Leukämie 219. —, organ. Verbindungen, Giftwirkung 232.
Photographie d. Herztöne 207.
Phototherapie d. Variola 187.
Phthisis, Luftkur, Gymnastik, Hydrotherapie 86. —, Bekämpfung 87.
Pigment, in d. Haut, Beseitigung 252.
Pigmentmal, Bezieh. zu Neurofibrom 119.
Pilocarpin, Nutzen b. Diphtherie 248.
Pilze b. Paludismus 10. 11. 12. 224. 225.
Pipette s. Maasspipette.
Placenta, Verhältniss des Gewichts ders. zu dem des Foetus b. Albuminurie während d. Schwangerschaft 38. —, Retention, fehlerhafte Lösung 39. —, b. Extrauterinschwangerschaft 100. —, früheste Entwickelung 219. —, Kreislauf, Gefässverbindungen bei eineiigen Zwillingen 220. —, Wirkung der nach d. Conception erworbenen Syphilis auf dies. 228.
Plasma s. Blutplasma.
Plasmodien b. Wechselfieber 10. 11. 12. 224. 225.
Pleura, Endothelkrebs 118. —, chirurg. Behandlung d. Krankheiten 167.
Pleuritis, eiterige, Punktion mit Salzwasserinjektion 259.
Pneumokokken, Empyem durch solche verursacht 135.
Pockenlymphe, Staphylokokken in solch. 116.
Polbakterien b. Keuchhusten 12.

Poliomyelitis, akute 121.
Polyneuritis, anatom. Veränderungen 133.
Polyp im Larynx, Operation 29.
Porro'sche Operation b. Osteomalacie 39.
Pott'sche Krankheit, Veränderungen d. Wirbel 263.
Prag s. Geschichte.
Preussen, Reform d. geburtshülfl. Ordnung 96.
Primitivfibrillen, Verhalten bei Degeneration der markhaltigen Nervenfasern 107.
Processus, vermiformis, Entzündung (während der Schwangerschaft) 38. (Bezieh. zur Gynäkologie u. Geburtshülfe) 151. 152. —, Abscess mit folgender Schleimfistel 227.
Proctoplastik b. extramedianer Afterspalte 145.
Prostata, Hypertrophie, Behandlung (Castration) 60. 210. (nach *Bottini*) 60. 210. (Veränderungen nach Operationen) 210.
Prostatahypertrofiens behandling (af *Björn Floderus*) 210.
Protargol, Wirkung b. Krankheiten u. Verletzungen d. Haut 125. —, innere Anwendung 125. —, gegen Augenkrankheiten 125. 126.
Protoplasma d. Zelle, Struktur 106.
Pseudocirrhose d. Leber bei chron. Perikarditis 14.
Pseudodiphtheriebacillen 239. 240. 241. 242.
Pseudogonococcus auf d. Conjunctiva 179.
Pseudoleukämie, Beziehung zu Lymphosarkomatose 137.
Pseudoparalyse, syphilitische, Diagnose von Dementia paralytica 25.
Pseudosklerose d. Centralnervensystems 130.
Pseudotrachom 67.
Puerperaleklampsie, Kaiserschnitt wegen solch. 40. —, Verhalten d. Temperatur 40.
Puerperalinfektion, Ursachen u. Zustandekommen 41.
Puerperalsepsis d. Uterus, Hysterektomie 158.
Puerperalseptikämie, geheilt durch Antistreptokokkenserum 102.
Puerperaltetanus, Aetiologie, Symptomatologie, Therapie 158.
Puerperium, Bakteriengehalt d. Uterus 158. —, Pericystitis 158.
Punktion s. Heberpunktion.
Pyämie, Nutzen d. Erregung künstl. Eiterung 27.
Pyosalpinx, doppeltseitige 104.

Quarantänefrage in d. internationalen Gesetzgebung (von *G. Kobler*) 97.
Quecksilber s. Hydrargyrum.
Quellen s. Eisenquellen; Heilquellen.
Quellung d. Haut im warmen Bade 82.
Quercolon, Fixation in d. Analring b. Resektion d. Colon descendens 57.
Querfalte im Kehlkopfe 142.
Quetschung des Unterleibs (ausgedehnte Blutextravasate an Kopf, Hals u. Arm) 53. (peritonäale Verwachsungen nach solch.) 54. (Laparotomie) 261.

Rachenmandel, primäre Diphtherie 240.
Radiographie d. schwangern Uterus 153.
Ranula, Bezieh. zur Sublingualdrüse 166.
Rechts- u. Gesetzeskunde, ärztl. (von *J. Schwalbe* u. *O. Rapmund*) 212.
Rectum, Vorfall (Pathogenese u. Therapie) 57. (bei extramedianer Afterspalte) 145. —, Folgen ungenügender Entleerung 226. — S. a. Proctoplastik.
Recurrens s. Nervus.
Redressement b. Verkrümmung d. Wirbelsäule 170. 263.
Redressionscorsett zur Behandlung d. Skoliose 170.
Reflex s. Sehnenreflex; Zehenreflex.
Regenbäder, gegen Constipation 84. —, gegen apoplekt. Gefässzustand 86.
Regenbogenhaut s. Iris.
Reiseberichte über Rinderpest, Texasfieber, chron. Malaria, Schwarzwasserfieber u. s. w. (von *Robert Koch*) 89.
Resektion, d. Ganglion Gasseri, Erfolge 52. —, des Nervus spermaticus externus u. d. N. lumbo-inguinalis wegen Neuralgia spermatica 61. —, totale d. Diaphyse d. Röhrenknochen wegen Osteomyelitis 61. —, d. Herzwand 168. —, d. Tibia, Deformität nach solch. 264. —, d. Ganglion cervicale supremum d. Sympathicus 268.
Resorption, Bezieh. d. Lymphgefässe d. Zwerchfells zu solch. 7. —, d. Eisens im Darmkanal 16. —, von Flüssigkeiten in Muskeln u. Seifen 105.
Respiration, Wirkung (d. Heroins) 123. (d. Weingeistes) 123. (d. Compression d. einen Lunge auf d. Gaswechsel) 223. (d. Arsens) 232. —, Einfluss auf d. Herzthätigkeit 205. —, Störung d. Rhythmus b. Chorea 249.
Respirationsorgane, Krankheiten 88. —, Mucormykosen 118.
Retina, centrale u. extranucleare, negative Nachbilder 221. —, Gliom 268.
Revista, Chilena de hijiene (por *Alejandro de Rio*) 213.
Revulsion, in d. Augenheilkunde 64.
Rhachitis, Verhalten d. Kopfes 161.
Rheumatismus, Geistesstörung b. solch. 23. — S. a. Gelenkrheumatismus.
Rhythmus, d. Herzthätigkeit, Störungen 200. 201.
Rinderpest s. Reiseberichte.
Rippenknorpel, Einpflanzung in d. Kehlkopf zur Heilung von Stenosen u. Defekten 166.
Röhrenknochen, Totalresektion d. Diaphyse wegen Osteomyelitis 61. —, tuberkulöse Osteomyelitis des Schaftes 164.
Röntgenstrahlen, Untersuchung des schwangern Uterus mit solch. 153.
Rückenmark, Veränderungen b. progress. perniciöser Anämie 28. 131. —, Erschütterung, Theorie 121. —, multiple Sklerose (Aetiologie) 129. (Verlauf) 130. —, Erkrankungen d. untern Abschnittes 131. —, amyotroph. Lateralsklerose 132. — S. a. Haematomyelie; Poliomyelitis.
Rückenmarkskanal, Punktion b. Kindern 45.
Ruhr s. Dysenterie.
Rumänien, Heilquellen u. Kurorte 79.

Sackdivertikel, d. Oesophagus, chirurg. Behandlung 55.
Säufer, forens. Beurtheilung 271. —, Entmündigung 271.
Säugling, Chlor u. Stickstoff im Organismus 42. —, Ammoniakausscheidung im Harn b. Magendarmkrankheiten 42. 43. —, Ernährung, künstliche 43. 222. —, proteolyt. Bakterien in d. Faeces 43. —, Streptokokkenenteritis 43. —, Verdauung b. solch. 43. —, Pflege 44. —, diastat. Enzym in d. Faeces 108. —, Harnretention 160. —, Bacillus coli communis in d. Faeces 225. —, Encephalitis 259.
Säure, arsenige, Einfluss d. Leukocyten auf d. Immunisation gegen dies. 19.
Säurevergiftung, Veränderungen d. Nervenzellen 122. —, Ammoniakgehalt d. Blutes 122.
Sagittalfontanelle b. Neugeborenen 102.
Salicylsäure s. Aspirin.
Salpinx s. Pyosalpinx.
Salze, Wirkung 19. — S. a. Zinksalze.
Salzwasser, Wirkung d. Abreibungen mit concentrirtem 82. —, Infusion b. akuten Krankheiten 134. —, Injektion b. eitriger Pleuritis 259.
Same, chem. Zusammensetzung d. Flüssigkeit 217.
Sand, Filtriren durch solch. b. Wasserleitungen 269.
Sanitätsgesetzgebung s. Quarantänefrage.
Sarkom, d. Testikels 60. 228. —, d. Knochen d. Fusses 176. —, d. Fornix conjunctivae 179. —, d. Ovarien 255. — S. a. Angiosarkom; Lymphosarkomatose.
Sarkomatose d. Haut 31.

Sauerstoff, mit solch. übersättigtes Wasser, Einfluss auf d. Harn 5.
Scarlatina, Perichondritis laryngea 142. —, Epidemie in Upsala 184. —, Mittelohrentzündung b. solch. Diphtheriebacillen im Eiter 240.
Schädel, Operationen an solch. b. Epilepsie 49. 50. —, penetrirende Schussverletzung 51. —, Aktinomykose im Innern 53. —, Beschaffenheit b. Geisteskranken 235. —, Operationen an solch. b. Gehirnkrankheiten 260.
Schambein s. Symphysis.
Schanker, weicher an d. Fingern 32.
Scharlachfieber s. Scarlatina.
Schatten, diagnost. Bedeutung auf d. Körperoberfläche 25.
Schenkelhernie s. Hernia.
Schielen s. Strabismus.
Schilddrüse, therapeut. Anwendung d. Präparate 124. —, Bezieh. zum Herzen 205. —, Tetanie nach Exstirpation 249. — S. a. Struma; Thyreoidismus.
Schläfenbein, otochirurg. Anatomie 51.
Schlaf, Wirkung auf d. Blutdruck 200. — S. a. Winterschlaf.
Schlammbad s. Schwefelschlammbad.
Schleimfistel, nach Abscess d. Proc. vermiformis 227.
Schleimgeschwulst d. Sinus frontalis 266.
Schleimhaut, Pemphigus 30. 142. — S. a. Lippenschleimhaut; Mundhöhle.
Schleussen, pathogene Mikroorganismen in solch. 117.
Schmerz, Entstehung b. d. Gallensteinkolik 26. —, im Arme 233.
Schmutz, in d. Marktmilch 182.
Schneuzen, Luxation d. Augapfels b. solch. 68.
Schrotbelastung gegen Affektionen d. weibl. Beckenorgane 33.
Schultergelenk, habituelle Luxation (Operation) 63. 268. (Lähmung d. Arms nach solch.) 233.
Schultergürtel, totale Entfernung des knöchernen 265.
Schussverletzung, Hämatomyelie nach solch. 22. —, d. Schädels u. Gehirns 51. —, d. Herzbeutels 53. —, späte Eiterung nach solch. 163.
Schutzimpfung gegen Wechselfieber 12.
Schwachsichtigkeit, durch Schielen verursacht 181. 269.
Schwangerschaft, Behandlung d. Retroflexio uteri während ders. 35. —, in d. Tuba (Operation) 35. (Ruptur) 101. (anatom. Untersuchung) 101. (tubo-abdominale, Extraktion eines lebenden Kindes) 101. —, Frühdiagnose 36. —, Harnretention u. Koprostase 37. —, Darmverschliessung während ders. 37. —, unstillbares Erbrechen 38. —, Albuminurie 38. —, b. Uterusfibrom 103. —, Entfernung eines eingeklemmten Dermoids während ders. 104. —, Phloridzindiabetes 109. —, Behandlung d. Uteruskrebses während ders. 150. —, Radiographie d. Uterus 153. —, gleichzeitig innerhalb u. ausserhalb d. Uterus 157. —, Verhalten d. Haut 251. —, Complikation mit Ovariengeschwulst 256. — S. a. Extrauterinschwangerschaft; Tubenschwangerschaft.
Schwarzwasserfieber s. Reiseberichte.
Schwefelsäuren, Ausscheidung gepaarter im Harn 105.
Schwefelschlammbad Pistyan 79.
Schweissfuss, Behandlung 125.
Schwerkraft, Einfluss auf d. Blutdruck 199. 200.
Schwitzen, prophylaktischer Werth 83.
Scopolamin, Wirkung u. Anwendung 123.
Sectio caesarea s. Kaiserschnitt.
Seelenstörung b. Epilepsie 236.
Sehnen, Zerreissung am Vorderarm 62. —, Ueberpflanzung b. Kinderlähmung 176.
Sehnenreflexe, gesteigerte b. peripher. Neuritis 133.
Sehnerv s. Nervus.
Seife, Flüssigkeitresorption in solch. 103.
Sepsis, d. puerperalen Uterus, Hysterektomie 158. —, Verhütung b. Laparotomie 253.
Septikämie s. Puerperalseptikämie.
Serosa, d. Herzens, Kalkablagerung an solch. 227.
Serotaxis, durch Aetzkalilösungen 252.
Serum, Fadenbildung 10. —, therapeut. Anwendung b. Pneumonie 249. — S. a. Antistreptokokkenserum; Blutserum.
Silber s. Argyrose; Protargol.
Sinus frontalis, Mucocele 226.
Skiaskopie, b. Accommodationskrampf 181.
Sklerose, multiple d. Gehirns u. Rückenmarks (Aetiologie) 129. (Verlauf) 130.
Skoliose, nach Ischias 64. 264. —, angeborene, Entwickelung u. Behandlung 169. 170.
Soldaten, Bäder f. solche 74.
Sonderegger in seiner Selbstbiographie u. seinen Briefen (von *E. Haffter*) 100.
Soolbäder, Methode d. Anwendung 74.
Soor, Behandlung mit d. Borsäureschnuller 42.
Sozon, aus Fleisch hergestelltes Eiweisspräparat 182.
Speichel, d. Parotis 107. — S. a. Mundspeichel.
Speicheldrüsen-Mucin, Einfl. auf d. Wachsthum d. Bakterien 111.
Speiseröhre s. Oesophagus.
Sperma, chem. Zusammensetzung 217.
Spermakrystalle, *Böttcher*'sche, Bezieh. zu den *Charcot-Leyden*'schen Krystallen 5.
Spermatozoën, chem. Zusammensetzung d. Flüssigkeit 217.
Spinalkanal, Punktion b. Kindern 45.
Spinallähmung, in d. Kindheit, chirurg. Behandlung 175. 176.
Spirillum volutans, Biologie 225.
Spondylitis, Behandlung 170. 171. —, Lähmung durch solche, Resektion d. Wirbelbogen 262.
Spondylosis rhizomelica 133. 141. 142.
Spritze s. Glasspritze.
Sputa, Hülfsmittel zur Expektoration 25. —, Diplococcus lanceolatus in solch. 113. —, Beschaffenheit b. Bronchitis fibrinosa chronica 134.
Stadt s. Grossstädte.
Staphylokokken, in d. Vaccinelymphe 116.
Status epilepticus, anatom. Veränderungen b. solch. 24.
Stein, Bildung im Pankreas 139. — S. a. Nierenstein.
Sterblichkeit, d. Kinder in d. europäischen Städten 69. —, Vergleichbarkeit in verschied. Zeiträumen 70. —, in Upsala 184.
Sterilität, b. Manne 209.
Sternzellen d. Säugethierleber 107.
Stickstoff, im Organismus d. Säuglings 42. —, Ausscheidung b. Leukämie 219.
Stimmbänder, angeb. Falte zwischen dens. 29. —, Gangrän 30.
Stirnhöhle, Schleimgeschwulst 266.
Stirnlage, Entbindung b. solch. 102. 154.
Stoffwechsel, Physiologie 75. —, Diätkuren u. Kaltwasserkuren gegen Störungen dess. 84.
Stomatitis ulcerosa (Gangrän eines Stimmbandes b. solch.) 30. (Bakterien b. solch.) 113.
Strabismus, Bezieh. zur Schwachsichtigkeit 181. 269.
Streptokokken, Verhalten zu Blutserum u. Leukocyten 10. —, auf gesunden Tonsillen 113. —, Infektion durch solche 114. —, in verschied. Organen 115. —, Ausscheidung durch d. Nieren 116. —, peritonäale Infektion 116. —, verschied. Arten 226.
Streptokokkenenteritis b. Säuglingen 43.
Struma, Herzaffektion b. solch. 20. —, operative Behandlung 21. —, gutartige metastasirende 166.
Studien über d. hereditäre Syphilis (von *Carl Hochsinger*) 91.
Studier over gonokokken og gonoroisk vulvovaginit hos börn (af *Lyder Nicolaysen*) 208.
Stuhlverstopfung, während d. Schwangerschaft 37. —, b. peritonäalen Verwachsungen 54. —, Nutzen d.

Regenbäder 84. 85. —, Hydrotherapie 85. —, Folgen lange dauernder 226.
Stypticin, Wirkung 124.
Sublimat s. Hydrargyrum.
Sublingualdrüse, Bezieh. zu Ranula 166.
Subluxation d. Metatarsus V. 265.
Sumpffieber, Parasiten 10. 11. 12. —, Uebertragung 11. —, bösartiges 11. —, Schutzimpfung 12.
Suppuration, lokale u. metastat. im Knochenmark 14. —, künstl. zu Heilzwecken 27. —, späte nach Schussverletzung 163. — S. a. Encephalitis.
Surrakrankheit 89.
Symphysis ossium pubis, Tuberkulose 164.
Syphilis, Pseudoparalyse b. solch. 25. —, hereditäre, Studien über dies. (von *Carl Hochsinger*) 91. —, Veränderungen d. Blutgefässe 228. —, Einwirkung der nach d. Conception erworbenen auf d. Placenta 228. —, Bezieh. zu allgem. progress. Paralyse 236. — S. a. Gummi.

Tabaksbeutelnaht 260.
Tabes dorsalis, Markfaserschwund in d. Hirnrinde 129.
Taenia, Nutzen d. Extractum aether. filicis maris 18. —, Wirkung d. Chloroforms 125.
Tätowirung d. Cornea (als Ursache von sympath. Ophthalmie) 67. (Einführung von Krankheitkeimen) 37.
Talgdrüsen, atrophische, an d. Schleimhaut d. Lippen u. d. Mundes 251.
Tamponade, d. Vagina wegen Blutung 38.
Taschenphantome, geburtshülfliche (von *K. Shibata*) 94.
Teichmann, Max, Todesanzeige 272.
Terpentinöl, Wirkung d. Einathmung 270.
Testikel, Sarkom 60. 228. —, Heilungsvorgänge nach Verletzungen 228.
Tetanie, nach Exstirpation d. Schilddrüse 249. —, echte 249. —, d. Harnblase 259.
Tetanus, puerperalis, Aetiologie, Symptomatologie, Therapie 158.
Texasfieber s. Reiseberichte.
Thalamus opticus, Veränderungen b. progress. Paralyse 128.
Thiochinanthren 19.
Thiocol Roche, therapeut. Anwendung 17.
Thorakoplastik b. Empyem 54.
Thorax, Verletzungen 167. —, Eröffnung zur Bloslegung d. Herzens 168.
Thränenfluss, anfallsweiser 267.
Thymusdrüse, Hypertrophie als Hinderniss f. die Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener 72.
Thyreoidea, therapeut. Anwendung d. Präparate 124. —, Exstirpation, Tetanie nach solch. 249.
Thyreodismus, Bezieh. zu Basedow'scher Krankheit 21.
Tibia, Resektion, Deformität nach solch. 264.
Tod, Mitosen in Geweben nach solch. 5.
Todesanzeige von *Max Teichmann* 272.
Todesfälle, 7066, d. Baseler Lebensversicherungsgesellschaft (von *Arthur Hesse*) 89.
Todesursachen, internat. Nomenclatur (von *J. von Körösy*) 211.
Tonsilla pharyngea, primäre Diphtherie 247.
Tonsillen, Streptokokken auf gesunden 113.
Tonsillitis ulcerosa, Bakterien b. solch. 113. 240.
Toxine, d. Streptokokken in verschied. Organen d. Körpers 115. —, Bedeutung f. d. Entstehung von Conjunctivitis 178. —, Wirkung auf d. Herz 206.
Trachea, Geschwülste 30. —, Narbe 30. —, Fremdkörper 30. —, Entfernung falscher Membranen mittels Creosotöl 30. —, Knochenbildung in ders. 143. —, Injektion von Typhusbacillen in dies., Veränderungen in d. Lungen 226. —, angeb. Missbildung 259.
Trachom s. Pseudotrachom.
Transactions of the obstetrical Society of London (XL. 1898) 100.
Transplantation, gestielter Hautlappen 49. 162. —, von Lippenschleimhaut an d. Augenlider 65. —, von Rippenknorpel in d. Kehlkopf zur Heilung von Stenosen u. Defekten 166. —, von Sehnen b. Kinderlähmung 176.
Traumen d. männl. Harnröhre (von *M. A. Wassiliew*, 1. Theil) 94.
Tremor, hereditärer 133. —, Zustandekommen 234. —, b. Masern 248.
Trepanation b. Epilepsie 49. 50.
Trichinen, Vorkommen in Upsala 184.
Trigeminus s. Nervus.
Trinker, forens. Beurtheilung 271. —, Entmündigung 271.
Trinkwasser, Filter zur Entfernung von Eisen 71. —, Sterilisation mittels Ozon 182.
Tripper s. Vulvovaginitis.
Tropon, Werth 182.
Tuba Fallopiae, Blutung aus solch. 101. —, Zerreissung 101. —, Ligatur 254. — S. a. Pyosalpinx.
Tubenschwangerschaft, Operation 35. —, Ruptur 101. 157. —, unvollständiger Abortus 101. —, anatom. Untersuchung 101. —, Pathologie u. Anatomie, Entbindung 156. —, 2 Fötus von verschied. Alter in einem Sacke 257.
Tuberkulose, d. Larynx 30. —, d. Pharynx 30. —, primäre d. Vulva 143. —, d. Symphysis ossium pubis 164. —, Mortalität in Upsala 184. —, d. Knochen u. Gelenke, Behandlung 264. — S. a. Lungentuberkulose; Osteomyelitis.
Tunis, Impfwesen 189.
Tusche, chinesische, Sterilisirung 67.
Tussis convulsiva, Bakterien b. solch. 12. —, Nutzen d. Bromoforms 124.
Typhus, abdominalis (operative Behandlung d. Darmperforation) 56. (Hydrotherapie) 85. (Periosteitis nach solch. b. Kindern) 259.
Typhusbacillen, Injektion in d. Trachea, Veränderungen in d. Lungen 225.

Ulna, Wachsthumstörung 266.
Ungarn, Heilquellen u. Kurorte 78.
Unterbindung, d. Carotis communis b. pulsirendem Exophthalmus 179. —, d. Tuba Fallopiae 254.
Unterleib, Quetschung (ausgedehnte Blutextravasate an Kopf, Hals u. Arm) 53. (peritonäale Verwachsungen als Folge) 54. (Laparotomie) 261.
Unterleibshöhle, Heberpunktion b. Operationen in ders. 59.
Unterleibstyphus s. Typhus.
Unterschenkel, Geschwür, Behandlung 63. 176.
Upsala, Gesundheitverhältnisse 183. 184. — S. a. Årsberättelse.
Urachus, Cyste 145.
Urämie, Pathogenie 136.
Ureter, Verletzung b. abdominaler Hysterektomie 150.
Urethrotomie, Ausführung 59.

Vaccination, Schutzkraft 185. 193. 194. —, in Kopenhagen 181. —, Berichte 188. 189. 190. —, in Bayern 188. —, in Dänemark 189. 190. —, in Norwegen 190. —, in d. Niederlanden u. niederl. Indien 190. —, Erfolge 191. —, Schädigung durch dies. 193. —, allgemeine Pathologie 195. 196. —, animale 196. — S. a. Impfwesen.
Vaccine, generalisirte 191. 192.
Vaccinelymphe, Staphylokokken in solch. 116. —, Wirksamkeit 190. 191. —, animale 196.
Vagina, Behandlung d. Fluor albus mit Hefeculturen 32. —, Tamponade gegen Blutung 38. —, Kaiserschnitt von solch. aus 39. 150. —, Fibromyom 103. —, Fremdkörper in ders. 144. —, Atresie (erworbene) 144. (Entbindung b. solch.) 145. (Aetiologie u. Therapie) 145. —, Hysterektomie von solch. aus 150. —, Abreissung b. d. Entbindung 153. —, Bakterien in ders. 226. — S. a. Haematokolpos; Vulvovaginitis.

Vagitus uterinus 257.
Vagus s. Nervus.
Valvula mitralis, Anatomie 206.
Vaporisation, Anwendung in d. Uterushöhle 33.
Varicella, Vorkommen 186.
Variola, Epidemien 185. 186. 187. —, Schutz d. Vaccination 185. 193. 194. —, Behandlung im rothen Lichte 187. —, Mikroorganismen 196.
Variolois, Vorkommen 187. 188.
Vegetarianismus, therapeut. Bedeutung 26.
Venen s. Phlebitis.
Ventrikel, Morgagni'sche, Aërocele 30.
Ventrofixation d. Uterus zur Heilung von Harnincontinenz 104.
Verdauung b. gesunden u. kranken Kindern 43.
Verdauungskanal, Verhalten d. Benzoyl- u. Calciumsuperoxyds in solch. 228.
Verdauungsorgane, Krankheiten ders. 89.
Vereinswesen s. Geschichte.
Vergiftung s. Jodismus; Kohlenoxyd; Säurevergiftung.
Verletzung, Pes varus nach solch. 265. — S. a. Harnleiter; Harnröhre; Haut; Perikardium; Pfählung; Schussverletzung; Testikel; Thorax; Unterleib; Wundheilung.
Verschwiegenheit d. Arztes vor Gericht 71.
Verstauchung von Gelenken, Nachbehandlung 63.
Verstopfung, während d. Schwangerschaft 39. —, b. peritonäalen Verwachsungen 54. —, Nutzen der Regenbäder 84. —, Hydrotherapie 85. —, Folgen lange andauernder 226.
Vertrauensärzte, Hülfs- u. Taschenbuch f. solche (von *Georg Herzfeld*) 211.
Virus d. Diphtherie, Wirkung 245.
Vision, im Lichte d. Culturgeschichte (von *Knauer*) 98.
Vitalitätsstatistik von Upsala 184.
Vögel, Empfänglichkeit f. Milzbrand 225.
Vorderarm, Sehnenzerreissung 62. —, Wachsthumsstörung d. Knochen 266.
Vulva, primäre Tuberkulose 143. —, Diphtherie 247.
Vulvovaginitis, gonorrhoische b. Kindern 208.

Wachsthum, Störung an d. Vorderarmknochen 266.
Wangenkrebs s. Noma.
Wasser, oxygenirtes, Wirkung auf d. Harn 5. —, therapeut. Wirkungen 82. —, Ausscheidung durch d. Haut 223. — S. a. Grundwasser; Hydrotherapie; Kaltwasserbehandlung; Mineralwasser; Salzwasser; Trinkwasser.
Wasserleichen, Oedem d. Kehlkopfseinganges 183.
Wasserleitung, doppelte Sandfiltration 269.
Wechselfieber, Mikroorganismen 10. 11. 12. 124. 125. —, Uebertragung 11. 12. —, bösartiges 11. —, Schutzimpfung 12. —, Behandlung mit Methylenblau 124. — S. a. Reiseberichte.
Wehen, Bezieh. d. Stärke zur Stärke d. Ligamenta rotunda 153.
Weinen s. Thränenfluss.
Weingeist, Wirkung auf d. Respiration 123.
Winterkurorte 88.
Winterschlaf, Wirkung von Giften auf Fledermäuse während dess. 128.
Wirbel, Caries, Behandlung d. Difformitäten 170. —, Resektion d. Bogen 262. —, Affektion b. Pott'scher Krankheit 263. — S. a. Spondylitis.
Wirbelsäule, chron. ankylosirende Entzündung 138. 141. 142. —, Verkrümmung, Entwickelung u. Behandlung 169. 170. 263. —, nicht tuberkulöse Erkrankungen 263. — S. a. Skoliose.
Wochenbett, diagnost. Bedeutung d. Pulsfrequenz 41. —, Behandlung d. Mastitis 159.
Wolfsrachen, Ursachen 160.
Württemberg, Medicinalbericht f. 1896 213.
Wundbehandlung, offene nach Augenoperationen 64.
Wunde, Luftinfektion 47. —, Desinfektion 161.
Wundheilung, neue Methoden ders. (von *C. L. Schleich*) 93.
Wundinfektion, durch d. Luft 47. —, Bedeutung d. Druckes in d. Geweben 47.
Wurmfarn s. Filix.
Wurmfortsatz s. Processus vermiformis.

Xeroform gegen Hautkrankheiten b. Kindern 126.
X-Strahlen, Untersuchung d. schwangern Uterus mit solch. 153.

Zähne, vorzeitiger Durchbruch 160.
Zehen, angeb. Hypertrophie 266.
Zehenreflex, Bedeutung 128.
Zellen, d. Niere, Mechanismus d. Sekretion u. Exkretion 3. —, physiolog. Charaktere 106. —, Struktur d. Protoplasma 106. — S. a. Nervenzellen; Sternzellen.
Zellgewebe, Entzündung in d. Orbita 67.
Zeugenpflicht, Widerstreit mit Wahrung d. ärztl. Geheimnisses 71.
Zinkchlorür, Injektion in d. Uterus, Wirkung u. Nachtheile 32. 146.
Zinksalze, Einfl. auf d. Hämoglobinbildung 3.
Zittern, erbliches 133. —, Zustandekommen 234. —, b. Masern 248.
Zuckergussleber 14.
Zündhütchen, spontane Ausstossung eines Stückes aus d. Auge 67.
Zunge, Milzbrand, Heilung 248.
Zurechnungsfähigkeit d. Säufer 27.
Zwerchfell, Bezieh. d. Lymphgefässe zur Bauchhöhle u. zur Resorption 7. — S. a. Diaphragma.
Zwillinge, eineiige, Placentarkreislauf 220.
Zwitter s. Hermaphroditismus.

Namen-Register.

Abbs, Francesco, 269.
Abel, R., 188. 189.
Abel, S., 187.
Abraham, Otto, 107.
Abramow, S., 228.
Acconci, L., 39.
Adair, J. H., 236. 239.
Addario, C., 127.
Addinsell, A. W., 103.
Adler, Richard, 125.
Ahlfeld, Friedrich, 143.
Aitkin, Ch. W., 237. 242.
Allan, C. M., 22.
Almquist, Ernst, 111.
Alterthum, Ernst, 36.
Anderson, H. B., 237. 244.
Anguita, V., 212.
Arnaud, F., 185.
Arnozan, A., 237. 247.
Aschaffenburg, Gustav, 271.
Ascher 196. 197.
Aschoff, L., 227.
Ascoli, V., 141.
Ast, Fritz, 248.
Athanasiu 197. 199.
Audry 251.
Ausset, E., 238. 248.
Auvard, A., 208*.

Babes, V., 12.
Backman, Herman, 187.

* bedeutet Bücheranzeige.

Badano, F., 231.
Baginsky, Adolf, 238. 248.
Banti, G., 139.
Barbacci, Ottone, 11.
Barbèra, A. G., 197. 203.
Bardescu, N., 63.
Bardier 198. 206.
Barnard, H., 197. 199. 200.
Baron, C., 182.
Baron, P., 223.
Barratt, Wakelin, 13. 223.
Barth, L., 38.
Baruch, S., 85.
Batsch 123.
Bauer, Eduard, 27.
Baum, H., 211*.
Bayer, H., 153.
Bayliss, W. M., 108.
Beck, A., 221.
Beclère, J., 194. 198.
Belly 82.
Benda 168.
Bendix, Bernhard, 42. 222.
Benoit, F., 237. 245.
Berend, Nikolaus, 126.
Berger, Paul, 142.
Bernard, Léon, 140.
Bernard, Raymond, 234.
Berndt, F., 47. 59.
Bernhardt, M., 22.
Bernheim, A., 193. 194.
Bertelsmann 26.
Bertog 96*.
Berton, Ludwig, 44.
Bertrand, L., 161.
Besnard, Jules, 212.
Besredka 19.
Bethe, Albrecht, 107.
Bettmann 191. 198.
Biedl 197. 201.
Bier, A., 119.
Biermer, Rud., 95*.
Bignami, A., 138.
Bihler, W., 66.
Binet, Maurice, 232.
Binz, C., 232.
Björksten, Max, 115.
Birch-Hirschfeld, A., 66.
Blacker, G. F., 102.
Blumberg, M., 229.
Blumenthal, Arthur, 237. 238.
Bock, Joh., 230.
Bodon, K., 179.
Böcker 175.
Böing 193. 194.
Boeri, G., 17.
Boinet, Ed., 21.
Boisson 265.
Bókay, Joh. von, 259.
Bolin, Ernst, 183.
Bond, F. T., 188. 189.
Bondesen, J., 190. 193. 194.
Bonn, E., 86.
Bonnifay, Jean, 161.
Bonsdorff, Axel von, 116. 214. 215.
Borchardt, M., 176.
Both, H. von, 155.
Bottazzi, Fil., 197. 198. 200. 206.
Botwinnik, N., 268.
Bouma, Jac., 218.
Bourgeois, A., 66.
Boxall, R., 102.
Brasch, R., 75.
Bratz 24.
Braun, H., 53. 56. 89*.
Braun, Ludwig, 197. 198.
Braun, W., 49.
Braun-Fernwald, Rich. von, 36. 256.
Breitenstein, A., 81.
Brennecke 96*.
Brenning, M., 96*.
Brentano 168.
Broeckhaert 237. 247.
Bronner, Adolf, 180.
Brosin, A., 159.
Brownlee, J., 185. 187.
Brulard 76.
Brunner, A., 176.
Bruns, Hayo, 117.
Bruns, P. von, 173.
Budier, M., 198. 207.
Bülow-Hansen 121.
Büngner, O. von, 164.
Burckhard, Georg, 220.
Burckhardt, Albrecht, 237. 246.
Burckhardt, Otto, 39.
Burnett, Charles B., 237. 247.
Burwinkel 211*.
Butler, G. R., 198. 206.
Butler-Smythe 101.
Buxton, Joseph T., 13.

Cabezas, Joaquin, 213.
Cadiz 212.
Camerer, W., 31.
Cannieu, A., 198. 206.
Carter, R. J., 191.
Carvallo 197. 199.
Castaigne, J., 223.
Cauteret 191.
Celli 12.
Chabade, J., 237. 243.
Chambon 194. 195.
Chapotot 265.
Charrin 198. 206. 237. 245.
Chase, Lincoln, 74.
Chatitoff 197. 201.
Chevalier, E., 88.
Clar, Conrad, 87.
Clemens, P., 135.
Cobbett, Louis, 111. 237. 245.
Cohn, Martin, 128. 137.
Cohnheim 135.
Colombini 31.
Comby 86.
Cominotti 140.
Coolidge, J. N., 21. 266.
Cordes, H., 243.
Córdova, L., 213.
Cotton, S., 5.
Coues, W. F., 238. 247.
Cozette 191. 192.
Credé, B., 253.
Cross, Richardson, 179.
Cullingworth, Charles J., 101.
Cunéo, B., 7.
Cuoghi Constantini, Ferruccio, 237. 244.
Curschmann, H., 120. 216.
Curtin, J. Roland, 198. 205.
Cushing, Harvey W., 22.
Cushny 197. 200.
Cyon, E. von, 198. 205.
Czaplewski 12. 116.
Czerwenka, Karl, 254.

Däubler, C., 9.
Dakin 102.
Dalén, Albin, 268.
Danelius, Karl, 215.
Daniels, C. W., 250.
Davis, Louis Dudley, 237. 240.
Dawson, Rumley, 101.
Dedet 80.
Deguy 198. 206.
Dehner 266.
Deiters 236.
Delbanco 251.
Delbet, Pierre, 32.
Demange 253.
Denucé 264.
De Renzi, Errico, 17. 249.
Desoil, P., 188.
Diemer, Fritz, 227.
Dietrich, E., 96*. 193. 194. 212*.
Dingle, C. V., 183. 186.
Dippe, H., 133.
Dixon, Walter E., 229.
Dobrowolsky, W., 181.
Dogiel, A. S., 5.
Donath, Julius, 61.
Doran, Allan, 101. 104. 145.
Douglas, J. J., 237. 244.
Dragendorff, G., 207*.
Dreesmann 170.
Dreser, H., 17.
Dubois 84.
Dührssen, A., 35. 150. 152.
Dujon, V., 144.
Duplay, Simon, 233.
Dziergzowski, K., 237. 244.

Eberlin, A. M., 144.
Eberth, C. J., 211*.
Ebstein, Wilhelm, 86*. 89*.
Eckhard, C., 109.
Edgren, J. G., 90*.
Edinger, A., 19.
Eichel 53.
Eicken, C. von, 161.
Ehret, H., 64.
Ehrnroth, Ernst, 214.
Ellenberger, W., 211*.
Elmassian 178. 237. 244.
Emmert 125.
Enderlen 14.
Engel, C. S., 224.
Engelmann, F., 126.
Englisch, Jos., 238. 248.
Enriquez, E., 141.
Epstein, Alois, 89*.
Epstein, Ladislaus, 129.
Erb, A., 67.
Escherich, Theodor, 42. 43.
d'Espine 191.
Etienne, G., 253.
Ewald, C. A., 124.
Ewart, William, 30.

Fabian, Edmund, 106.
Fabre 228.
Falk, Edmund, 124.
Feer, E., 124.
Fein, Johann, 160.
Felix, J., 79.
Fibiger, Joh., 238. 246.
Figenschau, K. J., 71.
Finger, E., 209*.
Fischer, Alphons, 225.
Fischl, Rudolf, 258. 259.
Flexner, Simon, 237. 244.
Floderus, Björn, 210*.
Florescu, N., 217.
Floret 125.
Foges, Arthur, 60.

Forel, A., 271.
Forstmann, Richard, 197.
Foss 74. 77.
Fränkel, C., 65.
Fraenkel, Eugen, 151. 256.
Fraenkel, L., 254.
Frank, D., 140.
Frank, Otto, 198. 206.
Fraser, Th. R., 229.
Fredet, Pierre, 254.
Freudweiler 135.
Freund, Georg, 26.
Freund, Hermann W., 251.
Freund, Walther, 42.
Freyer, M., 196.
Frickenhaus 252.
Fried, B., 83.
Friedeberg 125.
Friedländer, Carl, 211*.
Friedmann, M., 129.
Friedrich, P. L., 47. 52.
Fritsch, Heinrich, 95. 148.
Fromaget, C., 267.
Fryding, J., 252.
Fuchs, Hans, 159.
Fuchs, Otto, 253.
Fürstner 84.
Fuld, Alphons, 42.
Funke, A., 33. 150.
Funke, R., 6.

Gabler-Coester, F., 212.
Galvani 266.
Garrè 52. 168. 169.
Gaudier, H., 29.
Geppert, J., 47.
Gerhardt, Dietrich, 122.
Gerulanos, M., 54.
Gersuny, R., 55.
Gezelius, Karl Joh., 215.
Gibney, V. P., 170.
Giudiceandrea, V., 139.
Glück, L., 31.
Glücksmann, S., 112.
Gmeiner, Jos., 40.
Gocht, H., 61. 176.
Godding, W. N., 85.
Göppert 259.
Götze, Eugen, 269.
Goldthwait, Joel E., 170.
Gottschalk, Sigmund, 258.
Gottstein, G., 161.
Goumy 191. 192.
Gow, W. J., 103.
Graetzer, H., 163.
Grammatikati, J., 32.
Grancher 213.
Graupner 133.
Greco, Vincenzo, 230.
Gregor, Konrad, 122. 259.
Gres, L., 213.
Griffith, John, 179.
Grijns, G., 190.
Grisstede, Ernst, 34.
Gross, H., 167.
Gross, J., 93*.
Grüneberg 258.
Guitéras, R., 60.
Gummert, L., 257.

Haab, O., 94*.
Haase 191. 193.
Haeberlin 156.
Häusermann, Emil, 3.
Haffter, E., 100*.
Hagenbach-Burckhardt, E., 237. 246. 259.
Hahn, E., 135.
Hahn, Johann Sigmund, 81.
Hainebach, J., 161.
Haldane, John, 4.
Hallauer, Otto, 266.
Hallé, J., 226.
Hanke, Victor, 127.
Hansen, Sören, 187. 189.
Hansson, Rs., 72.
Harbitz, Francis, 121.
Hardy, W. B., 106.
Harley, Vaughan 13. 223.
Harrington, W., 197. 204.
Hartisch 193. 194.
Hartz, A., 254.
Hasebroek, K., 63.
Haslund 191. 192.
Haudek 169.
Haultain, F. W. N., 35.
Heape, W., 103.
Heinricius, G., 257.
Heitler, M., 197. 200.
Helbig, Carl Ernst, 213*.
Hellendall, H., 26.
Henle, A., 162.
Henschen, S. E., 215*.
Hering, H. E., 198. 204.
Hern, John, 177.
Herrgott, A., 37.
Herringham, W. P., 105.
Herrmann, Aug., 125.
Hertel, E., 69.
Hervieux, E., 185. 186. 188. 189.
Herz, Max, 118.
Herzfeld, Georg, 211*.
Hesse, Arthur, 89*.
Heubner, Otto, 222.
Heymann, H., 237. 241.
Hibler, E. von, 112.
Hilbert, Paul, 113. 237. 243.
Hill, Leonard, 197. 199. 200.
Hinsberg, V., 165.
Hinterstoisser, Joh., 271.
Hirschberger 169.
His, H., 135.
His d. J., W., 135. 216*.
Hitschmann, F., 48.
Hochsinger, Carl, 91*.
Hödlmoser, K., 78.
Höfer 50.
Hoerschelmann, E., 185. 186.
Hösslin, A. von, 82.
Hoffa, Albert, 142. 172. 174.
Hoffmann, Friedr. Albin, 26.
Hoffmann, G., 74.
Hoffmann, Reinhard, 267.
Hofmann, A., 17. 198. 204.
Hofmann, C., 55.
Hofmann, F. B., 197. 201. 202.
Hofmam, H., 177.
Holden, Ward A., 127.
Holowinski, A. de, 198. 207.
Holzapfel, Karl, 153.
Homén, E. A., 115.
Honsell, B., 166. 173.
Hopkins, Gowland, 219.
Hoppe 180.
Horn, F., 153.
Huber, J. Ch., 92*.
Hückel, A., 196.
Hültl, Fidelis, 61.
Hunt, R., 197. 204.
Jaboulay 264.
Jacobs, Barton, 21.
Jagerink 170.
Jarotzky, A., 198. 206.
Jastrowitz, M., 23.
Jaunin, P., 21.
Idsinger, J., 190.
Jeandin 191.
Jeannot-Hackel 85.
Jess 226.
Jež, V., 79.
Illoway 191.
Imbach, Fritz, 237. 243.
Joachimsthal 264.
Jolles, Adolf, 217.
Jolly 84.
Jones, Robert, 170. 264.
Joos, A., 237. 238.
Jopson, John H., 227.
Joseph, M., 31.
Jottkowitz, P., 61.
Joukovsky, V., 160.
Ipsen 72.
Isler, Jacob, 268.
Israel, E., 59.

Kälble, Joh., 135.
Kaelin-Benziger 94*.
Kämpffer, Richard, 267.
Kaplan, L., 236.
Kaposi, Hermann, 170.
Kapteyn, H. P., 71.
Kassel, Carl, 237. 247.
Kayser (Hamburg) 228.
Kazowsky 235.
Keiller, W., 198. 206.
Keitler, Heinrich, 58.
Keller, Arthur, 43.
Kellogg, J. H., 82.
Kern, F., 111.
Kiribuchi, A., 68.
Kirmisson 265.
Kisch, E. Heinrich, 73.
Kissel, A., 46. 259.
Kissinger, Philipp, 154.
Klein, E., 117.
Klein, Ferd., 25.
Klein, G., 256.
Klingelhöffer 179.
Knauer 98*.
Knoll, Phil., 197. 203.
Kober, G. M., 60.
Koblanck 41.
Kobler, G., 97*.
Koch, Rob., 89*.
Kocher, Th., 50.
König, Franz, 50. 61. 88*.
König, Fritz, 266.
Koenig, W., 130.
Koeninck, A., 127.
Könitzer 265.
Koeppe 73.
Körösy, J. von, 211*.
Köstlin, K., 272.
Kolischer, G., 158.
Kolster, Rud., 228. 257.
Koschier, Hans, 30.
Kowalski, E., 81.
Krahnass, A., 212.
Kraus, F., 89*.
Kraus, Fr., 20.
Kraus, Hugo, 142.
Kraus, K., 86.
Kraus, R., 112.
Krause, F., 48. 165.

Kreisch, E., 155.
Kroenig, B., 226.
Kroenlein, U., 51.
Kronecker, H., 197. 202.
Krukenberg, Fr., 179.
Krumm, Ferd., 63.
von Kubassow 10.
Kübel, Fr., 108.
Kübler 193. 194.
Kühnau, W., 237. 244.
Külz, Ludwig, 7.
Kümmell, Herm., 57.
Küss, Georges, 107.
Küttner, H., 119. 164.
Kummer, E., 144.
Kupffer, C. von, 107.
Kwella, H., 98*.
Kurth 237. 240.
Kussmaul, Adolf, 100*.
Kutschuk, K. A., 225.

Laache, S., 89*.
Laar, C., 232.
Lack, H. Lambert, 117.
Lagrange, F., 181.
Lahmann, H., 83.
Laitinen, Taav., 115.
Landau, Theodor, 32.
Lange, Th., 74.
Langendorff, O., 197. 200.
Lauenstein, C., 59.
Lawrow, D., 3.
Lea, A. W., 102.
Lebedeff, G. J., 146.
Ledderhose 55.
Lehmann, K. B., 270.
Leichtenstern, Otto, 125.
Lenhartz, Hermann, 88*. 134.
Lennander, K. G., 40. 215.
Lenoble, Emile, 28.
Leopold, Gerhard, 55.
Lépine, R., 87. 226.
Lereboullet, P., 141.
Leubuscher, G., 223.
Levaditi 237. 245.
Levy, Benno, 5.
Levy, E., 117.
Levy-Dorn 234.
Lewandowsky, M., 8. 123.
Lewers, A. H. N., 104.
Lewin, L., 96*.
Lewy 21.
Lichtenfeld, H., 182.
Liebermeister 86*.
Lindemann, Ludwig, 136.
Lindemann, W., 232.
Lindenthal, O. Th., 48. 154.
Lindfors, A. O., 215.
Lindsay, W. J., 185. 186.
Lingelsheim, W. von, 114.
Lipstein, A., 58.
Livi, R., 193. 194.
Lobit 88.
Lockhart, F. A. L., 149.
Loeb, Jaques, 105.
Loebel, A., 84. 85.
Löhlein, Hermann, 96*.
Löwenstein, J., 14.
Loimann, G., 75.
Lombroso, Cesare, 98*.
Londe, Paul, 249.
Lorenz, Ottokar, 99*.
Lotsch, Carl, 129.
Lowe, J., 191. 193.
Ludloff, K., 57.
Ludwig, E., 78.
Ludwig, V., 78.
Lüthje, Hugo, 136.
Lundmark, Rudolf, 215.
Lympius 250.
Lyonnet, B., 226.

Maass, Paul, 197. 201.
Macallum, A. B., 218.
Mc Caw, Dysart, 103.
Mc Daniel, O., 236. 239.
Mac Gregor, Alex., 237. 245.
Mc Kenzie, B. E., 173.
Madlener, M., 262.
Mainzer, F., 145.
Mainzer, M., 63.
Maiss 256.
Malato, V. E., 196.
Malkoff 23.
Malm, O., 190.
Mangoldt, F. von, 166.
Manicatide 122. 236. 238.
Manke 187. 188.
Marchand, Gérard, 266.
Marchand, L., 10.
Marcus 237. 243.
Masset 191. 193.
Matthews 197. 200.
Matthiolius 49.
Mauclaire, P., 149.
Maximow, Alexander, 228.
Mayer, Fr., 72.
Mayer, Georg, 111.
Mayer, H., 250.
Mayerhof, Max, 236. 238.
Mebert, E., 231.
Meigs, A., 198. 206.
Mellinger, C., 64.
Ménard 194. 195. 263.
Mendelsohn, Martin, 25.
Menge 226.
Menke, H., 97*.
Menko 27.
Menzel, M., 126.
Merckens, W., 52.
Merttens, J., 150.
Méry 237. 244.
Metcalfe, R., 82.
Metin 237. 245.
Meyer, Heinrich, 237. 245.
Meyer, Leopold, 37.
Meyer, W., 63.
Miller, J., 49.
van Millingen 69.
Mintz, W., 166.
Minxewitsch, G., 260.
Mitchell, S. Weir, 234.
Mönckeberg, Georg, 107.
Mönkemöller, G., 236.
Mohr, M., 66.
Morax, V., 178. 237. 244.
Morgenroth 74.
Moritz 183.
Moro, Ernst, 108.
Mosse, Max, 109.
Most, A., 119.
Mouchet 264.
Müller, A. W. K., 238. 247.
Müller, Erich, 122.
Müller, Franz C., 73.
Müller, Friedrich, 124.
Müller, Ludwig Robert, 131.
Münzer, Egmont, 19.
Muhm, T., 212.
Mulert 237. 246.
Muskat, G., 265.
Muskens, L. J. J., 197. 203.
Musser, J. H., 226.
Mutterer 133.
Myers, F. Halsted, 263.

Nachod 14.
Nagel, W., 220.
Narath, A., 56.
Naumann, F. O., 182.
Neisser, Max, 237. 240. 241.
Nencki, M., 228.
Neubauer, W., 28.
Neuber, O., 174.
Neugebauer, Franz, 157.
Neumann, A., 261.
Neumann, Egon, 58.
Neumann, F., 88.
Newman, F. L., 67.
Nicloux, Maurice, 218.
Nicolas, Joseph, 197. 201. 237. 240.
Nicolaysen, Lyder, 208*.
Nicoll, J. H., 22.
Niehans, P., 76.
Nijland, A. H., 190.
Nikolaides, R., 109.
Noack, J., 54.
Nocht 12. 225.
Noïca 249.
Nonne, M., 132.
Nyberg, E. W., 71.
Nyström, G., 198. 206.

Obkirchner, A., 76.
Odebrecht, Ernst, 143.
Okada, W., 51.
Oliver 180.
Ollwig 124.
Onufrowicz, J., 237. 244.
Oppenheim, Hermann, 128. 130. 233.
Orlandi, Edmondo, 269.
Orthmann, E. G., 255.
Otto, Richard, 142.
Ottolenghi, Donato, 113.
Ousoff, P., 7.

Pal, J., 132.
Panzer, Th., 76.
Parfits, O. D., 238. 247.
Parmentier 80.
Parona, Ernesto, 18.
Patel 228.
Peña, Carlos Fernandez, 213.
Pergens, Ed., 64.
Perl, J., 170.
Perrin de la Touche, E., 72.
Perthes 113.
Peters, Hubert, 219.
Petrone, Gius. Antonio, 15.
Petry, Eugen, 219.
Pettersson, Alfred, 112. 182.
Pfaundler, Meinhard, 10. 45. 198. 207.
Pförringer 122.
Pfuhl, A., 196. 197.
Phelps, A. M., 263.
Phillips, J., 100. 102. 103.
Phisalix, C., 218.
Pioqué, L., 149.
Pignatti-Morano, G. B., 249.
Pillie, J., 229.
Pinard, Adolphe, 38. 152.
Pincus, L., 33.
Pitfield, Robert L., 237. 240.
Pit'ha, W., 158.
Placzek, S., 233.

Platt, J. E., 57.
Plimmer, H. G., 118.
Podack, M., 118.
Pohl, Julius, 231.
Poupin, A., 212. 213.
Praun, E., 126.
Preisich, Kornel, 237. 243.
Prevost, J. L., 197. 203.
Preisz, Hugo, 238. 247.
Preysz, C., 78.
Přibram, A., 89*.
Prinzing, Fr., 69. 70.
Prochownick, L., 158. 258.

Quervain, F. de, 53. 260.

Rählmann, E., 65.
Rammstedt 248.
Ransom, F., 111.
Rapmund, O., 212*.
Rath 113.
Redlich, L., 80.
Reilly, F., 237. 245.
Respinger 135.
Ribbert 237. 245.
Richardière, H., 237. 240.
Richelot, L. G., 33.
Richter, M., 183.
Ridlen, John, 170.
Rieck, A., 143.
Riedinger, J., 216*.
Riegel, Franz, 123.
Riemann, H., 169.
Riesmann, David, 13.
Riley, W. H., 86.
Ringel 58.
del Rio, Alejandro, 212*. 213.
Ripperger, A., 238. 248.
Roberts, H., 104.
Robin, Albert, 232.
Rodet 197. 201.
Römpler 87.
Röpke 183.
Roger, J., 82.
Romberg, E., 88*.
Rondelli, Alipio, 269.
Ronsse, J., 154.
Roper, G., 102.
Rosenau, A., 208*.
Rosenbach, O., 134.
Rosenberg, Albert, 29.
Rosenfeld, Georg, 109.
Rosenfeld, L., 258.
Rosenthal, A. G., 225.
Rositzky, Alexander von, 183.
Rost, E., 105.
Rothberger, L. J., 111.
Routh, Amand, 101. 104.
Rubeška, W., 159.
Rubner, Max, 222.
Ruge, Carl, 219. 220.
Ruhemann, J., 125.
Rumpf, F., 34.

Sachs, M., 181. 269.
Sachs, W., 183.
Sänger, Max, 209*.
Sailer, J., 226.
Saint-Paul, G., 188. 189.
Saint-Yves-Menard 191. 193.
Salomon, H., 113.
Sander, M., 235.
Sanfelice, F., 196.
Schäfer 183.
Schaeffer, O., 207*.
Schär, O., 260.
Schaller, L., 109.
Schanz, A., 265.
Schanz, Fritz, 68. 237. 239.
Schapilewski, E., 16.
Scharff 165.
Schattenfroh, A., 9.
Schatz, Friedrich, 220.
Scheff, J., 89*.
Schein, M., 66.
Schenck, Fr., 106.
Scheube, Bodo, 23.
Schiller, Arnold, 21.
Schlagintweit, F., 77.
Schleich, C. L., 93*.
Schlepckow, Friedrich, 210*.
Schlesinger, Eugen, 238. 248.
Schlesinger, Wilhelm, 122.
Schlöss, Heinrich, 272.
Schloffer, H., 49.
Schlossmann 191. 193.
Schmaltz, Richard, 14.
Schmid, A., 44.
Schmid, Max, 146.
Schmidt, Alexander, 258.
Schmidt, H., 73.
Schmidt, Rud., 134.
Schmidt-Petersen 191.
Schmidt-Rimpler, H., 67. 69. 267.
Schnell, Ferdinand, 151. 256.
Schnitzler, Jul., 56. 163.
Schorss, Friedrich, 210*.
Schrader, Th., 145.
Schreiber, E., 207*.
Schroeder, E., 150.
Schröter (Eichberg) 24.
Schrötter, Hermann von, 29. 30. 143.
Schrötter, L. von, 26. 27.
Schüler, L., 128.
Schürenberg, G., 166.
Schütz, R., 251.
Schultz, J., 34.
Schultz, N., 229.
Schultze, Ernst, 128.
Schurig 3.
Schwalbe, J., 88*. 89*. 212*.
Schwarz, Eduard, 236.
Schwarz, Leo, 4.
Seeligmann, L., 261.
Seiffert (Leipzig) 160.
Sellheim, Hugo, 226.
Semon, Felix, 29.
Seng, W., 10.
Senger, Emil, 172.
Sergent, Em., 140.
Shattock, Samuel C., 237. 244.
Shegalow 250.
Sherman 171.
Shibata, K., 94*.
Shiga, K., 13.
Sibut, L., 32.
Sicherer, O. von, 67.
Siebert, W., 128.
Siegert, Ferdinand, 258. 259.
Siegrist, A., 84.
Sievers, R., 214*.
Silfvast, J., 116.
Simon, A., 81.
Simon, Jules, 237. 245.
Simond 186.
Simpson, Francis G., 235.
Sippel, Albert, 40.
Slawyk 236. 238.
Smith, Henry Lee, 225.
Smith, Noble, 176.
Sneguireff, W. F., 162.
Sörensen 237. 242.
Soldan 119.
Solowij, A., 153.
Soltan 197. 199. 200.
Soltmann, Otto, 46.
Sorodecki 30.
Soton, A. D., 248.
Spencer, H. R., 101. 103. 104.
Spiegelberg, H., 44.
Spiller, William G., 234.
Spirig, Wilhelm, 236. 239.
Spiro, Karl, 217.
Spitta, O., 82. 222.
Sprengel 178.
Sprengeler, H., 236.
Springfeld 208*.
Stadelmann, E., 124.
Staehelin, Aug., 197. 198.
Stähler, F., 158.
Starling, Ernest H., 8. 108.
Stecchi, Remigio, 238. 248.
Steffen, Wilhelm, 238. 241.
Stein, Ph., 84.
Stempel, Walter, 211*.
Stephani, Th., 88.
Stephens, J. W., 238. 247.
Stewart, G. N., 9.
Sticker, G., 89*.
Stockmann, F., 60.
Stoecklin, Henry de, 237. 244.
Stooss, Max, 159. 237. 243.
Stopnitzki, S., 7.
Storoscheff, H., 83. 86.
Strassmann, Paul, 146.
Strehl, H., 59.
Strong, L. W., 112.
Strümpell, Adolf von, 130. 133.
Stubenrauch, L. von, 120.
Stumpf, C., 188. 189.
Sudeck, P., 173.
Sutton, Bland, 101.
Swirski, G., 16.
Sykes, W., 188.
Sziklai, Carl, 238. 248.
Szulislawski, Ad., 180.
Szymanski 196. 197.

Tait, Lawson, 36. 257.
Tallqvist, T. W., 116.
Targett, H., 104.
Tate, W., 103.
Tauszk, F., 75.
Tebb, W. S., 193. 194.
Teich, Max, 225.
Tellemer, L., 237. 240.
Teuffel, R., 257.
Theilhaber, A., 227.
Theobald, Sam., 68.
Thomas (Strassburg) 157.
Thompson, W. H., 222.
Thomsen, R. S., 83. 185. 187.
Thomson, H., 157.
Thorn 62.
Thorner, Walther, 221.
Tietze, A., 262.
Tilmann 121.
Toeplitz, Th., 160.
Torggler, Franz, 41. 208*.
Trambusti, A., 8.
Trendelenburg, F., 261. 262.
Treupel, G., 19.
Trinks, Otto, 39.
Trousseau, A., 67.
Truslow, Walter, 169.
Tubly 170.

Tubenthal, O., 56.
Türk, Wilhelm, 137.
Tweedy, E. Hastings, 38.

Uhthoff, W., 21. 221.
Umlauf, K., 196. 197.
Unverricht 88*.
Urfey 253.
Ustvedt, Yngvar, 70.

Valude, E., 68. 180.
Vanselow 116. 196.
Varnier, H., 41. 153.
Veau, V., 7.
Veit, J., 94*.
Velhagen 181.
Verdy 74.
Versepny 79.
Vertun, M., 126. 217.
Vestin 21.
Vetlesen, H. J., 20.
Vierordt, Oswald, 135.
Villeumier, P., 237. 241.
Vincent, Swale, 8.
Vogel, G., 16.
Vogt (Butzbach) 225.
Voigt, L., 188. 189. 193. 194.
Voigt, Max, 257.
Voigt, W., 77.
Volland 86.
Vulpius, Oscar, 171. 174. 175. 176. 264.

Wagner, H., 162,
Wallgren, Axel, 116.
Walter, O., 64.
Walters, A. R., 102.
Walters, J., 102.
Walther, A., 221. 264.
Walz, Carl, 25. 110.
Wang, Eyvin, 218.
Wasiliew, M. A., 94*.
Washbourn, J. W., 237. 242.
Wassermann, A., 23.
Wassmuth, A., 227.
Weber, A., 198. 206.
Weber, E. Parkes, 80.
Weber, H., 80.
Weber, L. W., 24.
Weber, O., 14.
Wehner 77.
Wehr, V., 168.
Weil, Robert, 28.
Weinberg, H., 7.
Weiss (Mannheim) 179.
Weisz, E., 78. 79.
Weleminsky. F., 69.
Wendelstadt, H., 123.
Wenusch, Friedrich von, 197. 199.
Werbrook, F., 236. 239.
Werner, S., 23. 133.
Westhoff, C. H. A., 65.
Westphal 23.
Wetterer, J., 191. 192.
Wex 193. 194.
Weyl, Th., 97*. 182.
White, Charles Powell, 117.
White, W. Hale, 218.
Wilson, L. B., 236. 239.
Winckel, Franz von, 95*. 208.
Winckler, A., 76.
Windscheid, Franz, 123.
Winkler, F.. 198. 205.
Winternitz, W., 82. 85. 87.
Wintersteiner, H., 268.
Wippermann, Carl, 38.
Wölfler, Anton, 94*.
Wörner 62. 255.
Wolf, W., 3.
Wolff, H., 5.
Wolff, Rich., 60. 172.
Wolpert 222.
Woltemas 185.
Woodhead, G. Sims, 238. 247.
Woolacott, F. J., 238. 241.
Wormser, E., 159.
Würtz, Adolf, 259.

Zaleski, J., 228.
Zdarek, Emil, 106.
Zeynek 78.
Ziegelroth 83.
Ziem, Ernst, 248.
Zimmermann, Ferd., 66.
Zimmermann, W., 181. 268.
Zülzer, G., 106.
Zusch, Otto, 12.
Zweifel, P., 146.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.

